

Psihologie
Revistă științifico – practică
CUPRINS

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

КОБЫЛЕАНСКАЯ Лариса

Выбор стратегий совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях мужчинами и женщинами в возрасте 20-27, 28-45 лет.

PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI

CUCER Angela

Коммуникация - способность интеграции ребенка с нарушениями языка в школьной среде.

**КАУНЕНКО Ирина,
КАУНОВА Наталья**

Что этнопсихология может предложить системе образования?

ИВАНОВА Нина

Проблемы и перспективы поликультурного воспитания в Республике Молдова.

БЫЧЕВА Елена

Обучение студентов психологов в контексте компетентностного подхода.

PSIHOLOGIA CLINICĂ

CALANCEA Veronica

Модальности интервенции психологической в ульце гастрита и дуоденита.

ЯКИМ Лилия

Психологическое вмешательство в случаях проявления страха смерти у онкологических больных.

The Psychology
The scientifical – practical magazine
CONTENTS

AGE SPECIFIC PSYCHOLOGY

KOBYLYANSKAYA Larisa

Choosing strategy of behavior in difficult life situation for mens and womens in the age from 20 to 27 and from 28 to 45.

EDUCATIONAL PSYCHOLOGY

CUCER Angela

Communication – the way of integration for language disorders child in the school environment.

**CAUNENCO Irina,
CAUNOVA Natalia**

What can offer ethnopsychology for education system?

IVANOVA Nina

Problems and Prospects of Multicultural Education in the Republic of Moldova.

BYCHEVA Elena

Teaching students of psychology in the context of kompetentnostnogo approach.

CLINICAL PSYCHOLOGY

CALANCEA Veronica

Ways of psychological intervention was gastric and conducted.

YAKIM Lilia

Psychological intervention in those situations when oncological patients have fear of death.

PSIHOCORECTIE ȘI
PSIHOTERAPIE

PSYCHOCORECTION AND
PSYCHOTHERAPY

GAVRIL JITARU Oana

Competențele sociale în tulburările fobice.

GAVRIL JITARU Oana

Social abilities in phobic disorders.

SFATURI PENTRU PĂRINȚI

ADVICE FOR PARENTS

BUNESCU-CHILIMCIUC Rodica

Particularitățile manifestării geloziei și rivalității fraterne (exemplul familiilor cu trei copii).

BUNESCU-CHILIMCIUC Rodica

Peculiarities of manifestation fraternal jealousy and rivalry (the example of families with three children).

OPINII, DISCUȚII

OPINIONS, DISCUTIONS

MARIŞ Mariana

Impactul consilierii spirituale asupra modificării sistemului de valori la persoanele în etate.

MARICH Mariana

The influence of spiritual advice concerning the change of moral values for aged persons.

CERCETĂRI, SONDAJE,
RECOMANDĂRI

STUDIES, RESEARCHES,
RECOMMENDATION

FORNEA Iuliana

Optimizarea imaginii cadrului didactic universitar din medicină.

FORNEA Iuliana

The optimization of didactic stuff from University of medicine.

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

ВЫБОР СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ В ВОЗРАСТЕ 20-27, 28-45 ЛЕТ

Лариса КОБЫЛЯНСКАЯ

Ключевые слова: копинг (Coping), совладающее поведение, стресс, проблемно-ориентированный тип совладания, эмоционально-ориентированный тип совладания, стратегия поведения, трудная жизненная ситуация.

Summary

The features of the choice of problem-oriented (constructive) and emotionally-oriented (non-constructive) of the type of coping strategies (Coping behavior) in difficult life situations in different study groups: men and women aged 20-27 and 28-45 years. The content of the identified problem-oriented and emotionally-oriented strategies. Analyzes the specific problem identified by the subjects as a difficult life situations, depending on the content of the situation, age and gender. The actuality of the theoretical and empirical research devoted to developing in the direction of the Moldovan psychology – psychology of coping.

Совладающее со стрессом поведение, или копинг, без сомнения, относится к малоизученным жизнетворческим дарованиям личности или ее конструктивным силам, инициирующим направленную на мир и самого себя преобразующую активность. Оно связано с системой целеполагающих действий, прогнозированием исхода процесса, творческим порождением новых выходов и решений трудной (проблемной) ситуации. Данное направление находится на стыке психологии развития, социальной психологии, психологии субъекта и медицинской психологии. Это, с одной стороны, отражает современные тенденции интеграции разных ветвей психологии в единую область знаний на основе междисциплинарного и мультидисциплинарного знания. С другой стороны, определение конкретно-научной специфики феномена

совладания в разные периоды жизни требует дифференциации психологии совладающего поведения в самостоятельную область психологических исследований. Необходимость данного исследования обусловлена общеметодологическими, теоретическими и прикладными причинами.

Проблематика совладающего поведения слабо представлена и в российских концепциях развития, персонологических теориях, практически отсутствует экспериментальная база в социально-психологических исследованиях. Наибольший опыт эмпирических исследований имеется в медицинской психологии (В. А. Абабков, И. А. Горьковая, Н. А. Русина, Н. И. Сирота, В. М. Ялтонский и др.). Отдельные работы имеются в возрастной психологии (Л. И. Анцыферова, Т. Л. Крюкова, Л. А. Головей, А. В. Либин, И. М. Никольская,

Л. А. Регуш и др.), психологии труда и инженерной психологии (В. А. Бодров, Л. Г. Дикая, Л. А. Китаев-Смык, Ю. В. Постылякова и др.), а психология здоровья пока не выделилась в самостоятельное научное направление как в России, так и в Молдавии.

Теоретическое обобщение и систематизация уже проведенных исследований в России и эмпирическое обоснование новых полученных автором данных о совладающем поведении в трудных жизненных ситуациях будут способствовать интеграции разрозненных сведений, углублению научных представлений о психологических механизмах и закономерных тенденциях данного сложного и многомерного феномена. Исследование совладающего (копинг) поведения как существенной составляющей адаптивного социального поведения актуально в связи с продолжающейся в нашем обществе социальной нестабильностью, существованием противоречивых, в том числе, негативных тенденций развития (преступность, насилие, безработица, межличностные проблемы и пр.). Особая уязвимость молодежи, стремящейся к самоутверждению и успеху в жизни, служит основанием для разработки данной проблематики с целью внедрения программ психологической помощи в адаптации, преодолении трудностей собственными силами, через повышение стрессоустойчивости, стойкости, “выращивание” или выработку конструктивных стратегий совладания.

Психология совладающего поведения может и должна быть привлечена для объяснения трудностей и различий в адаптации личности в разные периоды ее жизни и группы (в том числе, семьи) к переменам в обществе, развития

социальной креативности в совладании с ситуациями жизненных трудностей.

Проблема совладающего* поведения или копинг-поведения (*Coping behavior*) связана с психологическим проявлением синдрома, описанного Г. Селье, - психологическим стрессом.

Р. Лазарус (R. Lazarus) в своих работах определял психологический стресс: как реакцию человека на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром и как процесс, в котором требования среды рассматриваются личностью, исходя из ее ресурсов и вероятности разрешения возникающей проблемной ситуации [3; 4; 5]. Р. Лазарус и С. Фолкман (R. Lazarus, S. Folkman) выделяют «две важнейшие функции копинга: управление или изменение проблемы с окружающей средой (проблемно-ориентированный копинг), а также регулирование эмоциональной реакции (эмоционально-ориентированный копинг).

Причем проблемно и эмоционально-ориентированный копинг влияют друг на друга; они могут способствовать и препятствовать друг другу» [3, с. 178].

* В соответствии со словарем В. Даля [1], *совладать* – означает справиться, сладить, одолеть. Совладать с трудной ситуацией – значит подчинить себе обстоятельства. Авторы процессуальной концепции совладающего поведения Р. Лазарус и С. Фолкман определяют совладание как «постоянно меняющиеся когнитивные и поведенческие усилия, направленные на то, чтобы справиться с внешними или внутренними требованиями, оцененными как чрезмерно напряженные или превышающие ресурсы личности» [3, с. 141]. Таким образом, русское слово «совладание» передает значение понятия *Coping*, и в нашей работе мы использовали его для обозначения различных стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях.

Под *эмоционально-ориентированным типом совладания* мы понимаем совокупность тех способов совладающего поведения, которые основываются на эмоциях (например, эмоциональное дистанцирование, избегание, «уход», поиск социальной поддержки), в то время как *проблемно-ориентированный* включает такие способы, которые направлены на выявление и решение задач (например, попытки изменить ситуацию). Таким образом, *совладающее поведение* – осознанное поведение человека, направленное на психологическое преодоление стресса.

Мы исходим из того, что *совладающее поведение* – это комплекс когнитивных и аффективных действий, поступков, которые проявляются в виде реакций у человека на возникшие трудные жизненные ситуации. *Трудная жизненная ситуация (ТЖС)* – это такая ситуация, в которой человек испытывает эмоциональное тяжелейшее потрясение; психологическое состояние «взрыва», когда человек, порой, теряет смысл или происходит переоценка ценностей [2].

Одна из задач нашего исследования проблемы совладающего поведения состояла в том, чтобы выявить стратегии поведения личности в трудных жизненных ситуациях. Другая задача заключалась в том, чтобы разделить способы совладающего поведения на два типа – эмоционально-ориентированные и проблемно-ориентированные. Следующая задача – выявить особенности совладающего поведения согласно выбору стратегий поведения: по полу (мужчины и женщины) и по возрасту (20-27 и 28-45 лет). И, наконец, проанализировать конкретные проблемы, которые были определены испытуемыми как трудные жизненные

ситуации, распределить их по содержанию и возрасту испытуемых [2].

Для решения поставленных задач была использована методика Р. Лазаруса и С. Фолкмана, направленная на экспериментальное изучение совладающего поведения. Она представляет собой специальный Опросник Способов Совладания-ОСС (Ways of Coping Questionnaire-WOC) [3].

Испытуемые. Общая выборка включила 200 испытуемых, работников обувной фабрики «Зориле» города Киншингэу, которые пережили самую сложную, по их мнению, ситуацию, с которой они реально столкнулись в своей жизни за последний год (2010). Из них: 74 мужчин и 126 женщин; по возрасту – 98 испытуемых 20-27 лет (60 женщин и 38 мужчин), 102 испытуемых 28-45 лет (66 женщин и 36 мужчин).

Обработка экспериментальных данных производилась при помощи компьютерной программы для статистической обработки данных SPSS 10.

Для выявления стратегий совладания (Coping behavior) были использованы два статистических метода анализа данных: кластерный анализ данных и метод главных компонент или факторный анализ. В результате выявились 13 групп, обозначающие основные стратегии совладающего поведения: «социальная фасилитация» (24,7% - процент общей дисперсии); «социальный риск» (11,9%); «компромисс» (10,0%); «фатализм» (9,1%); «фантазирование» (7,2%); «планирование» (6,6%); «эмоциональное дистанцирование» (5,6%); «воля и поиск» (5,1%); «творчество» (4,6%); «опыт» (4,3%); «уход» (4,1%); «самоконтроль» (3,9%); «компенсация» (2,9%).

Проведение иерархического классификационного анализа проблемно-ориенти-

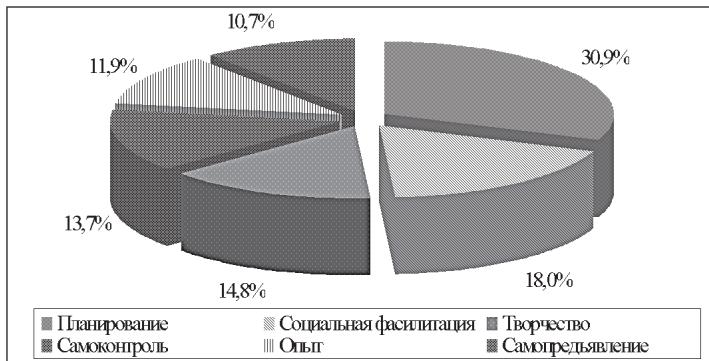


Рис. 1. Факторы (стратегии) проблемно-ориентированного типа совладающего поведения (% общей дисперсии).

рованных способов совладания выявило основные шесть классов, а при обработке матрицы данных ОСС с помощью процедуры факторного анализа, данные классы заняли определенное место в общем распределении.

Первый фактор (30,9%) представляет доминирующую стратегию проблемно-ориентированного типа поведения. Исходя из содержания способов психологического преодоления трудностей, мы обозначили этот фактор и отражаемую им стратегию как «**планирование**». Данная стратегия указывает на рациональные действия в соответствии с намеченным планом и обозначенной целью, концентрируя внимание на сути проблемы и осознании ответственности, которую она возлагает, и обдумывании каждого дальнейшего действия, отбора решений для изменения трудной жизненной ситуации.

Второй фактор (18%) - «**социальная фасилитация**». Обозначенная стратегия, непосредственно указывающая на ведущую роль общения в решении трудных жизненных ситуаций, отразила две его основные стороны: коммуникативную (удовлетворение потребности в общении с целью полу-

чения информации) и интерактивную (эмоциональная поддержка).

Третий фактор (14,8%) - «**творчество**» («воодушевлялся на какое-то творческое дело»; «изменялся или становился лучше как личность»; «я выжидал, прежде чем что-то предпринять»).

В четвертом факторе (13,7%) объединились следующие пункты ОСС: «не позволял ситуации овладеть собой, старался не думать об этом слишком много»; «не сгущал красок, отказывался воспринимать ситуацию слишком серьезно»; «старался не сжигать за собой мостов, оставлял запасные ходы». В этом факторе, нашла отражение вполне зрелая стратегия поведения – «**самоконтроль**», в которой нет места поспешным и импульсивным действиям. Напротив, в трудных жизненных ситуациях индивид проявляет осторожность и предусмотрительность, прибегая к таким испытанным способам, как тактика выжидания более благоприятного случая и наступления удобного момента для своих действий. Решающую роль играют усилия субъектов в сдерживании чувств, мыслей и действий.

Пятый фактор (11,9%) - «**сравнение с опытом**» («я думал о том,

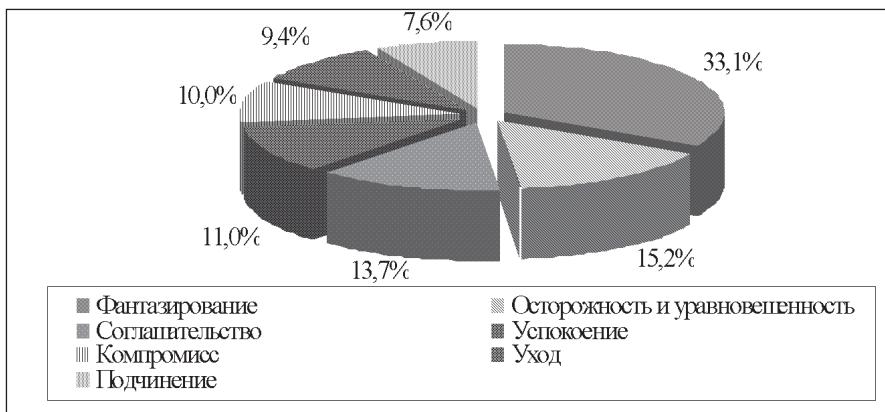


Рис. 2. Факторы (стратегии) эмоционально-ориентированного типа совладающего поведения (% общей дисперсии).

как человек, которым я восхищаюсь, поступил бы в этой ситуации, чтобы использовать это в качестве модели»; «пытался посмотреть на это с точки зрения другого человека»). Очевидно, в этом факторе объединились способы совладания, указывающие на попытку перенять опыт других людей.

Шестой фактор (10,7%) - «**самопредъявление**» (стремление индивида к самосовершенствованию и обдумыванию действий, направленных на проблемно-ориентированный тип поведения в трудной жизненной ситуации: «изменялся или становился лучше как личность»; «я изменял кое-что в самом себе»; «старался не действовать слишком спешно и не следовать своему первому порыву»).

Анализ полученных результатов сравнения средних показателей на мужской и женской выборке показал, что женщины при выборе стратегий и тактик преодоления жизненных трудностей в большей степени, чем мужчины, полагаются на творческие решения и на познание опыта других. Мужчины более требовательны к себе, следят за сво-

ими действиями и полагаются на свой опыт. Однако в результате корреляционного анализа данных, обращает на себя внимание тот факт, что женщины все же недостаточно способны предусмотреть дальнейшие свои действия, контролировать их и полагаться на опыт других.

Анализ результатов опроса по возрастным и половым категориям показал, что женщины 20–27 лет в трудных жизненных ситуациях больше уделяют внимания *планированию, социальной фасилитации, самоконтролю и самопредъявлению*, меньше *творчеству и сравнению с опытом*. Женщины 28–45 лет меньше уделяют внимания *планированию и самоконтролю* и больше – *социальной фасилитации, самопредъявлению, творчеству и сравнению с опытом*. А мужчины 20–27 лет отдают большее предпочтение стратегии *планирование*, чем мужчины 28–45 лет. В целом, полученные данные свидетельствуют о склонности мужчин 20–27 лет в трудных жизненных ситуациях чаще прибегать к таким стратегиям поведения как *планирование, социальная фасилитация, самоконтроль* и реже к стратегиям – *самопредъявление*,

творчество и сравнение с опытом. Мужчины 28-45 лет предпочитают *самопредъявлению творчество*.

Проведение иерархического классификационного анализа эмоционально-ориентированных способов совладания выявило 7 классов, а при обработке матрицы данных с помощью факторного анализа данные классы заняли определенное место в общем распределении.

Первый фактор (33,1% общей дисперсии)-«**фантазирование**». («В мечтах я представлял себе более благоприятное время или место, чем те, в которых реально находился»; «я хотел, чтобы все это закончилось или каким-то образом разрешилось»; «фантазировал относительно того, чем может все это закончиться»; «я давал выход своим чувствам»; «хотел, чтобы могло измениться либо то, что произошло, либо мое эмоциональное отношение к случившемуся»). Если соотнести лидирующую эмоционально-ориентированную стратегию поведения *фантазирование* с лидирующей проблемно-ориентированной стратегией *планирование*, можно предположить, что планированию конкретных действий в трудных ситуациях предшествует период раздумывания, эмоционального переживания случившегося и снятия напряжения путем фантазирования, воображения, создания благоприятных представлений. Стратегия фантазирования расценивается нами как старт к подходу решения проблемы, особенно тем, что она представляет собой, в виде способов поведения, положительные эмоциональные состояния.

Второй фактор (15,2%) **«осторожность и уравновешенность»**. В него вошли пять пунктов ОСС: «старался сдерживать свои чувства»; «старался

сдерживать свои чувства, чтобы они не повлияли на другие дела»; «сохранял гордость и проявлял твердость характера»; «исколкал как бы «луч надежды», старался увидеть светлую сторону явлений»; «пересматривал жизненные ценности». В общей классификации способы совладания, представленные в обозначенной стратегии, образовали связь с такими стратегиями совладания как *воля и поиск и самоконтроль*. Содержательный анализ способов совладания обозначенной стратегии ярко иллюстрирует особенности отражения человеком «социального времени», специфики этого отражения в данном обществе и культурно-исторических условий. Эти особенности, отражаясь в сознании, вызывают волевое усилие, которое создает необходимый тонус, мобилизационную готовность для преодоления трудной жизненной ситуации. Однако проявление волевых свойств у наших респондентов в трудных жизненных ситуациях, таких как целеустремленность, решительность, выдержка, самостоятельность, настойчивость, очевидно, связано с необходимостью формирования богатой мотивационно-смысловой сферы; стойкого мировоззрения и убеждения; способности к волевым усилиям в трудных жизненных ситуациях.

Третий фактор (13,7%): – «я полагал, что со временем все изменится – надо только подождать», «я соглашался с тем, что есть, хотя это было и не совсем то, чего хотел». Названные способы поведения представляют особый неконструктивный подход выхода из трудной жизненной ситуации – **«соглашательство»**. В рейтинге эмоционально-ориентированных стратегий совладающего поведения этот подход занимает довольно важное место, ил-

люстрируя общую тенденцию, которую даже можно определить и как часть социальных представлений о молдавском народе (о его послушании и склонности к подчинению), и как стереотипный способ реагирования на трудную жизненную ситуацию. Данные коррелируют положительно при высоком пороге значимости ($p<0,01$).

Четвертый в рейтинге фактор (11,0%) – «**успокоение**» («принимал сочувствие и поддержку от других людей»; «я говорил себе нечто такое, что могло бы улучшить мое состояние»; «говорил кому-то другому, как себя чувствую»). Этот фактор указывает на усилия испытуемых в сдерживании чувств, действий и мыслей путем обращения за поддержкой к социальному окружению или самоуспокоение.

Пятый фактор (10,0%) – «**компромисс**» («шел на соглашения или компромиссы, чтобы получить какой-либо позитив в этой ситуации»; «я извинялся или предпринимал шаги к примирению»; «давал себе обещания, что в следующий раз все будет по-другому»).

Шестой фактор (9,4%) («продолжал жить так, будто ничего не случилось»; «старался забыть обо всем»; «я выжидал, прежде чем что-то предпринять»). Содержание этого фактора можно интерпретировать как дистанцирование от трудностей, «избегание» и «**ход**» от решения проблем.

Седьмой фактор (7,6%) «**подчинение**» («подчинялся судьбе: временами у меня бывают одни неудачи»; «соглашался с этим, так как ничего больше не оставалось делать»; «критиковал и винил себя»). Соответственно мы обозначили этот фактор и отражаемую им стратегию поведения как **подчинение**. Как видно из содержания образующих

этот фактор пунктов ОСС, он имеет явный личностный смысл. По своей функции личностный смысл делает доступным сознанию субъективное значение тех или иных обстоятельств и действий. Но доступность сознанию не означает, что смысл всегда осознан. Он может осуществлять свою функцию информирования в форме эмоционально-чувственной. Тогда перед человеком стоит задача рефлексии – задача на поиск нового смысла. А иногда человек бессознательно ставит другую задачу – на сокрытие смысла, и прежде всего – от самого себя. Это сокрытие, возможно, связано с защитными механизмами. Жизнедеятельность человека, в которой он реализует множество важных для него отношений, мотивов деятельности, неизбежно порождает конфликтные ситуации, приводящие к препятствиям, на осмысление которых у человека в данное время может быть недостаточно сил и отваги и, как следствие, он подчиняется судьбе.

Мы полагаем, что ведущие позиции эмоционально-ориентированных стратегий поведения наших испытуемых, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, обусловлены культурно-историческими условиями и особенностями отражения социального времени.

Выявлены возрастные и половые различия в эмоциональном реагировании на трудные жизненные ситуации: женщины в отличие от мужчин прибегают к *фантализированию* (33,7%), в то время как мужчины – к *осторожности и уравновешенности* (32,2%) и лишь затем – к *фантализированию* (16,5%).

В группе испытуемых 20-27 лет корреляция между эмоционально-ориентированными стратегиями слабая, а между стратегиями *соглашательс-*

тво и компромисс корреляция почти отсутствует, что иллюстрирует неконструктивность данных стратегий. Такая же ситуация наблюдается и в группе испытуемых 28-45 лет. Однако учет возрастного фактора все же выявил более высокую долю проблемно-ориентированных стратегий именно в группе испытуемых 28-45 лет. Тем не менее, статистический анализ результатов опроса по половому и возрастному признакам зарегистрировал определенную разницу в предпочтениях к стратегиям эмоционально-ориентированного типа поведения. Так, если женщины 20-27 лет в трудных ситуациях чаще прибегают к фантазированию, то женщины 28-45 лет – к осторожности и уравновешенности.

В выборе стратегий поведения у женщин 20-27 лет более высокие коэффициенты зарегистрированы в соотношении между фантазированием и компромиссом ($r = 0,414$ при $p < 0,001$); осторожностью и уравновешенностью с уходом ($r = 0,408$ при $p < 0,001$), что иллюстрирует взаимосвязь между данными стратегиями поведения, но успокоение слабо коррелирует с соглашательством и не коррелирует с компромиссом. В группе женщин 28-45 лет наблюдается высокая положительная корреляция между фантазированием и успокоением ($r = 0,338$, $p < 0,001$), соглашательством и уходом ($r = 0,378$, $p < 0,001$).

Мужчины 20-27 лет отдают предпочтение в трудных жизненных ситуациях больше фантазированию, компромиссу, чем мужчины 28-45 лет. Последние больше полагаются на осторожность и уравновешенность, соглашательство, успокоение, “уход” и в равной мере – прибегают к стратегии подчинение. В группе мужчин 20-27

лет корреляция между факторами меньше выражена, чем у женщин, то есть еще больше проявляется несогласованность стратегий совладания.

В группе мужчин 28 - 45 лет наблюдается более высокая положительная корреляция между стратегиями: осторожность, уравновешенность и соглашательство ($r = 0,492$, $p < 0,001$); успокоение ($r = 0,350$, $p < 0,002$); фантазирование, успокоение и компромисс ($r = 0,328$ ($p < 0,031$) и $r = 0,390$ ($p < 0,001$) соответственно); соглашательство и успокоение ($r = 0,416$, $p < 0,001$); “уход” и подчинение ($r = 0,368$, $p < 0,002$). Если мужчины 20-27 лет отдают предпочтение эмоционально-ориентированным стратегиям поведения, то мужчины 28-45 лет – проблемно-ориентированным. Таким образом, анализ показал, что у мужчин с возрастом намечается тенденция решения трудных жизненных ситуаций путем выбора проблемно-ориентированных стратегий поведения.

В завершении данного анализа следуют некоторые выводы. Мы полагаем, что основные характеристики стратегий совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях определены не только особенностями молдавского менталитета: необходимостью поддержки в трудной ситуации; склонностью, с одной стороны, к социальному риску, а с другой – к компромиссу; фатализму и фантазированию, но и современным состоянием постоянно меняющихся общественных реалий. В условиях ценностного кризиса человек ориентируется больше на собственные силы, а так как они недостаточны, он выбирает ожидание, эмоциональное дистанцирование, “уход”.

Анализ двух типов стратегий поведения: проблемно-ориентированных

и эмоционально-ориентированных, показал, что *в трудных жизненных ситуациях выбираются как самоконтроль, самопредъявление, успокоение, так и соглашательство, компромисс, подчинение, сравнение с посторонним опытом*, и что *с возрастом испытуемые более склонны решать трудные жизненные ситуации путем ориентации на саму проблему, не отказываясь переживать ее*.

Содержание трудной жизненной ситуации и частота указания на трудные события испытуемыми показали, что молодые испытуемые (мужчины и женщины) 20-27 лет гораздо больше подвержены *межличностным трудностям* – 30,6% (серьезные разлады во взаимоотношениях с близкими и дорогими людьми, ссоры с партнером, семейные конфликты, разногласия с родителями и др.). А также *жизненным затруднениям* – 31,7% (неурядицы, стрессы по причине финансовых, материальных и других трудностей, безработица, конфликты на работе, различные жизненные испытания). Межличностные трудности и жизненные затруднения приводят молодых людей к *внутриличностным трудностям* – 14,3% (ситуации выбора и принятия важных решений, совершение каких-то очень значимых поступков, необходимость глубже разобраться в себе и в близком человеке, изменить отношение к жизни, к людям, к ценностям, потребность в самоутверждении).

В группе испытуемых (мужчин и женщин) 28-45 лет наряду с межличностными трудностями – 25,5% и жизненными затруднениями – 15,5%, чаще, чем в предыдущей возрастной группе, указаны *травматические переживания* – 14,7% (серьезные физи-

ческие повреждения, потеря близких или родных, имущественные проблемы, столкновения с государственными органами и др.). А также *проблемы других* – 13,7% (болезни или материальные неурядицы близких или родных людей). *Жизненные изменения* – 3,9% (важные события в жизни, приводящие к проблематичности существования, к поиску подходящего решения) в большей степени наблюдаются в возрастной группе 28-45 лет. Однако *жизненные изменения* в меньшей степени приводят к *внутриличностным трудностям* – 9,8%, чем в возрасте 20-27 лет. Главную рейтинговую позицию заняли все же *межличностные трудности* в двух возрастных группах: особенность ментальности нашего народа, часто обозначенной в исследованиях тенденции экстерналистских культур, повышенное внимание к общению с социальной средой, к поиску решений проблем в коммуникации с другими.

Литература

1. Даль, В. И., (1982). Толковый словарь живого великорусского языка. Т.4. М.: Русский язык.
2. Кобылянская, Л. И., (2007). Психологические детерминанты выбора стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях. Дисс. доктора психологии. Кишинэу.
3. Lazarus, R. S., Folkman S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*.: Springer Publishing Company. N.-Y., pag. 1 – 327.
4. Lazarus, R. S., (1969). *Pattern of Adjustment and Human Effectiveness*. N.-Y., pag. 209–253.
5. Lazarus, R. S., (1966). *Psychological stress and the coping process*.: McGraw-Hill, N.-Y. pag. 79 – 84.

PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI

COMUNICAREA — MODALITATE DE INTEGRARE A COPILULUI CU TULBURĂRI DE LIMBAJ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

Angela CUCER

Termeni - cheie: comunicare verbală, comunicare nonverbală, tulburări de limbaj, “limbajul corpului”.

Abstract

The problem of relation between teachers and their pupils at the general schools with the inclusion elements of education is discussed in this article.

The teachers have to understand their functions and role at the process of communication with children with the speech disturbance.

Introducere

La vârsta preșcolară sau școlară mică, limbajul capătă noi valențe, fapt ce îi permite copilului să realizeze relații complexe cu adulții și cu ceilalți copii, să-și organizeze activitatea psihică, să acumuleze informații, să înșuesească experiența socială. Cu ajutorul limbajului se formează și se organizează sisteme în care sunt integrate cunoștințele, ceea ce contribuie și la complicarea condițiilor interioare de formare a personalității.

Copiii cu tulburări de limbaj au aceeași necesitate de bază în creștere și dezvoltare, să participe la activități în comun și să se simtă confortabil în mediul din exteriorul familiei, dar totodată au și anumite necesități particulare, specifice individualizate. Orișice copil își dorește să comunice cu persoanele adulte și cu semenii săi. Cu siguranță nu vom întâlni copii care să refuze în mod voit comunicarea și socializarea. Toți copiii, inclusiv acei ce suferă de o tulburare de limbaj, indiferent de gradul de tulburare, își doresc prieteni, colegi cu care să discute, cu

care să-și împărtășească bucuriile și neîncredințările, deoarece sunt ființe sociale și în virtutea acestei meniri depun toate eforturile pentru a se integra în mediul care le oferă satisfacții și împliniri. Dar uneori nu reușesc să-o facă prin eforturi proprii, din diferite motive, și atunci este necesar să le acordăm ajutor.

Ce este comunicarea

Comunicarea, fiind considerată de mai multe persoane un proces simplu, rarori când i se acordă o atenție deosebită. Aceasta se întâmplă deoarece la majoritatea oamenilor acest proces decurge ușor. Dar, mai multe cercetări au confirmat faptul că de complex este acest proces în realitate...

În societatea contemporană, problema comunicării copiilor cu adultul fiind actuală a devenit o temă centrală de dezbatere. Mai mulți cercetători (Венгер Л.Я., Коломенский Я.П., Лисина М.И., Bolboceanu A., Racu J. și alții) au demonstrat că comunicarea este unul din factorii principali ce contribuie la dezvoltarea psihică a copilului. Anume în procesul

comunicării cu alte persoane copilul însește experiența de viață. Fără comunicare este imposibilă formarea contactului între persoane. Ea (comunicarea) poate fi definită ca suma încercărilor noastre de a obține informații din lumea care ne înconjoară. Altfel spus, comunicarea înseamnă a spune celor din jur cine ești, ce vrei, pentru ce dorești un anume lucru și care sunt mijloacele pe care le vei folosi pentru a-ți atinge scopul. În acest sens, a comunica înseamnă a tăcea, a aștepta reacția, răspunsul celui căruia ai vrut să-i faci onoarea de a-l anunța că există și chiar de-a spune ce vrei.

Cuvântul "comunicare" provine din limba latină; "*comunis*" și înseamnă "a pune de acord", "a fi în legătură cu" sau "a fi în relație", deși termenul circula în vocabularul anticilor cu sensul de "a transmite și celorlalți", "a împărtăși ceva celorlalți".

Comunicarea – este transmiterea de informații, e o necesitate psihosocială de bază a omului. Prin comunicare înțelegem legătura reciprocă dintre oameni în procesul căreia apare contactul psihic, care se manifestă în schimbul de informații, influență reciprocă, emoții, inteligență. O altă definiție, puțin diferită de cea de mai sus, ne-o relatează Nober Sillamy: "Comunicarea este în primul rând o percepție. Ea implică transmiterea, intenționată sau nu, de informații destinate să lămurească sau să influențeze un individ sau un grup de indivizi receptori" (Dicționar de psihologie, 1996, pag. 75).

Dicționarul explicativ pentru comunicare oferă sinonimele : "înștiințare, stire, veste, raport, relație, legătură". [2] Deși pare simplu, înțelesul comunicării este mult mai complex și plin de substrat. Ea are o mulțime de înțelesuri, scopuri,

metode de exprimare și manifestări.

Comunicarea este, în general, procesul de trimitere și recepționare a unui mesaj prin intermediul unui canal, implicând un emițător și un receptor. Prin urmare, comunicarea implică trimiterea și receptarea mesajelor. De exemplu, mesajul ar putea fi:

- O indicație – *Deschide cartea.*
- O întrebare – *Ce faci?*
- Un comentariu – *Mâine va fi cald.*

➤ O opinie – *Ai citit foarte bine.*

Deci, comunicarea implică participarea a două sau mai multe persoane ce comunică între ele prin intermediul vorbirii, al limbajului. *"Comunicarea constă în transmiterea și recepționarea mesajului de la o persoană la alta sau de la o persoană la un grup de persoane. Comunicând, poți împărtăși cunoștințe și poți acumula cunoștințe, poți să-ți expui opinia, ideile, sentimentele. [7] În comunicare, scrie M.N.Lisina, omul nu caută nici hrana, nici căldură, nici siguranță; în comunicare omul își satisfacă o necesitate inherentă, nevoie de cea mai mare comoră – de alți oameni, de spiritualitatea lor, de ceea ce numim personalitate, de subiectualitate – ceea ce este cu adevărat propriu esenței umane. [10]" Capacitatea de a comunica eficient este un pas important spre constituirea relațiilor și încadrarea în societate.*

Nu există o definiție concretă a comunicării, însă se poate spune cel puțin că comunicarea înseamnă transmiterea intenționată a datelor, a informației...". (Trita Dan-Alexandru, 2005). Înțelesă în sensul larg, ca act tranzacțional, inevitabil în situații de interacțiune, comunicarea devine esențială atât pentru viața personală cât și pentru viața socială a individului.

“Comunicarea verbală și nonverbală este un ansamblu de relații care se stabilesc între aspectele verbale ale comunicării umane, aspectele nonverbale și variabilele psihologice și sociale implicate în procesul comunicational”. (Grand Dictionnaire de la Psihologie).

Copil cu tulburări de limbaj

Când este vorba de copilul cu tulburări de limbaj, comunicarea poate fi eficientă numai atunci când formează o combinație dintre limbajul verbal, nonverbal și cel al corpului. El, de altfel ca orice persoană, are un repertoriu de gesturi, expresii faciale sau corporale pe care le utilizează pentru a transmite anumite sentimente și mesaje.

“Prin tulburările limbajului înțelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba ușuală, atât sub aspectul reproducerei cât și al percepției, începând de la dereglerarea diferențelor componente ale cuvântului și până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă” (M. Guțu, 1975) .

Cercetările ne demonstrează că de la 9% până la 39% din populația de copii de vîrstă preșcolară și școlară mică prezintă tulburări de limbaj. (O. V. Pravdina, 1956; N. A. Nicașina, 1959; E. Neagu, 1961; A. S. Vinocur, 1965; C. Păunescu, 1966; V. K. Zimiceva, 1970; I. N. Sadovnikova, 1970; A. I. Bondarenco, 1979; M. S. Grușevskaea, 1982; M. S. Frișevskaja, 1982; J. T. Rahimova, 1988 L. I. Savca, 1989; L. I. Sprînceanu, 1994; s.a..).

Tulburările de limbaj au o influență negativă asupra dezvoltării comunicării la copii indiferent de vîrstă. Ele reprezintă rezultatul disfuncțiilor intervenite în recepționarea, înțelegerea, elaborarea și realizarea comunicării scrise și orale

ca urmare a unor afecțiuni de natură organică, funcțională, psihologică sau educațională care acționează asupra copilului mic în perioada apariției și dezvoltării limbajului. Datorită importanței limbajului în structurarea și desfășurarea proceselor cognitive, orice afectare a acestuia ar putea avea efecte negative și asupra calității operațiilor gândirii, relațiilor cu ceilalți și structurării personalității copilului. Din acest motiv cunoașterea și identificarea tulburărilor de limbaj reprezintă o prioritate a specialiștilor în probleme de psihopedagogie, precizia și precocitatea diagnosticului acestor tulburări garantând reușita programului terapeutic și recuperației al copilului cu tulburări de limbaj.

Tulburările de limbaj, întâlnindu-se mai des la copii, se referă atât la comunicarea verbală cât și nonverbală. Semnele care exprimă o tulburare de limbaj sunt: limitarea cuvintelor și gesturilor în comunicare; omiterea unei părți din cuvinte sau din propoziții; punerea greșită a accentului asupra unor anumite cuvinte din propoziție sau a unei părți dintr-un cuvânt; rostirea și exprimarea greoaie a unui gând, repetarea primei silabe; evitarea contactului vizual, arareori zâmbet redus, dezinteres față de alte persoane; adăugarea unor sunete suplimentare în momentul vorbirii; perseverații, jocul fără scop; plăcerea de a se juca singur și de a se concentra doar asupra unei părți a unui obiect; întoarcerea obsesivă a paginilor unei cărți fără a încerca să privească și să recunoască conținutul; dificultate în pronunțarea exactă a cuvintelor.

Cercetarea surselor științifice ne-a permis să constatăm că datorită importanței limbajului în structurarea și desfășurarea proceselor cognitive orice afectare a acestuia ar putea avea efecte și asupra ca-

lității operațiilor gândirii, relațiilor cu ceilalți și structurării personalității copilului. Integrarea copilului cu tulburări de limbaj în mediul incluziv îi va permite îmbunătățirea atitudinii și a percepției mediului, sporirea interesului și a disponibilității spre comunicare, reducerea complexelor și socializarea maximă. Nu tulburările de limbaj sau cauzele lor trebuie să fie considerate esențiale (soluție: organizarea serviciului logopedic adecvat), ci reducerea consecințelor pe care aceste tulburări le generează în viața copilului și a barierelor pe care le ridică în procesul de învățare. Deci, nu tulburarea de limbaj ca atare împiedică total dezvoltarea normală a copilului, ci felul în care societatea, în general, și școala, în particular, tratează această persoană. Apare necesitatea de a schimba mediul astfel încât efectul tulburării să fie diminuat.

Profesor – copil cu tulburări de limbaj - comunicare

Deoarece unul dintre obiectivele educației este „dezvoltarea liberă, integrală și armonioasă a individualității umane, formarea personalității autohtone și creative”, profesorii și toți ceilalți specialiști din școală trebuie să conștientizeze că elevii cu tulburări de limbaj necesită o atitudine aparte.

Prezența în colectivul clasei a copiilor cu tulburări de limbaj solicită efort crescut din partea profesorului sub toate aspectele: pregătirea pentru lecții, pentru activități extrașcolare; atitudinea față de toți elevii clasei, comunicarea cu ei. Problemele de limbaj pot fi întâlnite atât la elevi cu probleme de înțelegere la orice materie, cât și la cei cu probleme de dezvoltare socio-afectivă, de aceea, evident, nu putem crea programe fără a ține cont de aceasta.

Odată cu venirea copilului cu tulburări de limbaj la școală, profesorul va avea un rol important în dezvoltarea și exersarea abilităților lui de comunicare, asigurând condițiile necesare pentru reușita comunicării, respectiv atenție, considerație și afecțiune.

Ori de câte ori vorbim despre comunicare și, în mod special de comunicare la copiii cu tulburări de limbaj, trebuie să avem în vedere următoarele 6 elemente, esențiale în procesul comunicării, și anume:

1. Forma comunicării
2. Funcția comunicării sau de ce comunicăm
3. Conținutul comunicării sau despre ce vorbim
4. Contextul sau mediul în care are loc comunicarea
5. Parteneri de conversație
6. Sisteme și modalități de comunicare la copiii cu tulburări de limbaj de diferite grade.

În procesul comunicării cu copiii, inclusiv cu cei cu tulburări de limbaj, profesorul trebuie să țină cont de un sir de caracteristici ce alcătuiesc profesiograma comunicativă a pedagogului:

- cunoașterea și respectarea etichetei comunicative;
- formularea corectă a întrebărilor și utilizarea tipurilor adecvat;
- capacitatea de a iniția, menține, încheia comunicarea;
- abilități de a soluționa conflicte;
- abilități de a organiza o prezentare publică;
- abilități de ascultare activă și reflexive.

Potrivit viziunii lui H. Friedrich (1997), o bună comunicare partenerială necesită din partea profesorilor:

- ascultarea cu atenție și răbdare a părerilor, sentimentelor, trebuințelor și problemelor copiilor;
- empatie, de a putea comunica afectiv cu ei;
- exprimarea directă a sentimentelor proprii, fără să acuze, să jignească sau să învinovătească;
- o adresare față de copii aşa cum ar vrea ca aceștia să se adrezeze față de ei;
- argumentarea realistă și explicarea verificabilă, corespunzătoare orizontului de cunoaștere și experienței copilului;
- propunerea de idei noi, în loc de comenzi și ordine;
- învățarea să facă deosebire între nevoile și problemele proprii și cele ale copiilor.

În interacțiunea zilnică cu profesorul lor, acești copiii pot învăța:

- să cunoască motivele acțiunilor proprii și să-și asume răspunderea pentru reacțiile și comportamentul lor;
- să afle cum sunt văzuți de alți adulți decât de părinți;
- să vadă realitatea și din alte puncte de vedere, să învețe că o problemă poate fi analizată din mai multe puncte de vedere;
- să vorbească despre situațiile prin care trec.

Nu mai puțin esențială este neutralizarea aşa-zisilor “ucigași” ai comunicării (T. G. Grigorieva):

- Amenințări (provoacă teamă, supunere);
- Ordine (folosirea puterii asupra altuia);
- Critică (nu criticăm personalitatea ci acțiunea, fapta);
- Tăinuirea informației-cheie;
- Insulta;
- Refuzul de a accepta problema;

- Interogarea;
- Lauda în scopul manipulării;
- Sfat necerut când persoana vrea să fie ascultată ;
- Schimbarea subiectului (neascultarea interlocutorului);
- Punerea pe prim plan a propriei persoane;
- Încurajarea prin negarea problemei.

Unul dintre secretele comunicării profesorului cu copiii cu tulburări de limbaj este că, odată scos din mediul familial, copilului cu tulburări de limbaj să i se ofere afecțiune din partea unei persoane adulte, astfel încât el să se simtă în siguranță și să se poată dezvolta.

Tot ce se vorbește și cum se vorbește în școală îi influențează abilitățile de comunicare. Copilul învăță când să vorbească și când să asculte. Ascultând, el percep și își înșeușește cuvinte, idei, dar și stările afective ale profesorului. Dialogul cu profesorul îl ajută să-și prelucreze experiențele și să-și înșeușească noi deprinderi. Profesorul va căuta să asculte, să observe și să afle ce se petrece în sufletul fiecărui copil cu tulburări de limbaj. Ascultându-l cu atenție, profesorul îi arată considerație și faptul că îl ia în serios, prin aceasta obligându-l pe copil să-și folosească vocabularul și să spună cât mai clar ce are de spus.

Totodată, în comunicarea cu copiii cu tulburări de limbaj, tonul vocii, gesturile și expresia feței profesorilor, părinților, a adulților în general este necesar să fie determinabile. În funcție de semnificația lor, aceștia se vor simți acceptați, respectați, remarcăți sau, dimpotrivă, respinși, îngosiți, lezați. Pe temeiul acestor simțăminte, copiii își vor forma o părere despre sine și despre cei ce îi înconjoară.

Important este ca profesorul să aibă răbdare, să ia în considerare pașii mici și progresele care se fac și să le dea semnificația unor trăiri deosebite. Copiii cu tulburări de limbaj pot învăța să lege trăirile, percepțiile și experiența pentru a se exprima mai sincer și mai cu înțelegere pentru ceilalți.

Cercetarea efectuată de noi ne oferă unele date despre aspectul comunicării cadrelor didactice cu copiii cu tulburări de limbaj. Obiectivele preconizate au vizat evidențierea: condițiilor psihologice; a particularităților comunicării în procesul incluziunii copiilor cu tulburări de limbaj; cauzelor ce complică comunicarea profesorului cu elevii; metodelor de soluționare a lor. Chestionarul a fost aplicat pe un

eșantion de 32 respondenți de la cursurile de formare continuă în cadrul Institutului de Științe ale Educației.

În opinia respondenților, în 40,0% cazuri comunicarea cu copilul cu tulburări de limbaj are loc cu scopul de a da o indicație; 33,3% cazuri pentru a-i pune o întrebare și 26,6% cazuri pentru a relata o opinie. În 40,0% cazuri drept motiv de comunicare s-a indicat scopul de a comunica, de a relata o informație; în 33,3% cazuri - de a instrui. Din analiza răspunsurilor respondenților putem concluziona că în 74,4% cazuri profesorii pot determina scopul comunicării cu copiii cu tulburări de limbaj și numai în 26,6% cazuri n-au indicat nici un motiv (fig. 1).

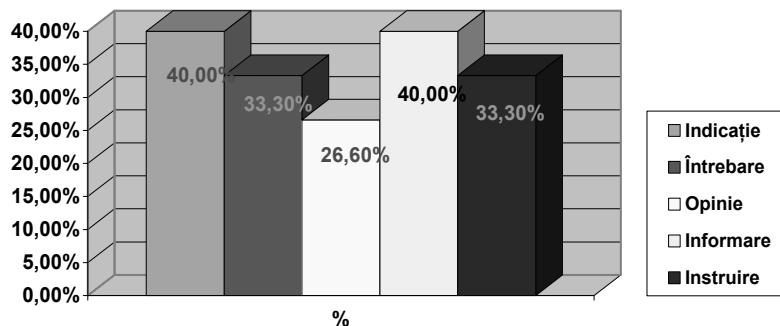


Figura 1. Motivele comunicării profesorilor cu elevii (%).

Datele obținute de noi sugerează că respondenții folosesc mai des diferite forme ale comunicării nonverbale: expresia feței – 60,0% cazuri; privirea fixă – 53,3% cazuri; gesturile – 33,3% cazuri; actoria – 20,0% cazuri; atingerea, imagini și simboluri – 13,3% cazuri; comunicarea verbală fiind folosită în felul următor: lectura – 40,0% cazuri; scrisul – 40,0% cazuri.

Acest fenomen se explică prin faptul că din cauza tulburării de vorbire a copilului pedagogul nu-l înțelege.

Cercetarea, de asemenea, ne-a permis să stabilim unele *legități* de comunicare a

copilului cu tulburări de limbaj:

- Copilul cu tulburări de limbaj nu poate să-și asigure independent o comunicare eficientă cu cei din jur.
- Acești copii întâmpină foarte multe dificultăți de integrare socială.
- Ei au nevoie de sprijinul adulților.
- Copiii care au depășit frica de a comunica se simt egali cu cei din jur, comunicarea lor este liberă

Datele experimentale obținute confirmă ipoteza noastră că anume adulților (pedagogului, părintilor) le revine rolul principal în formarea comunicării copiilor

lor cu tulburări de limbaj.

Noi am solicitat date despre specificul condițiilor psihologice și particularitățile comunicării în procesul incluziunii copiilor cu tulburări de limbaj, despre cauzele ce complică comunicarea profesorului, părinților cu acești copii și s-au conturat metodele de soluționare a lor. În opinia respondenților, cauzele pentru care elevii cu tulburări de limbaj se implică mai puțin în comunicare în timpul procesului de învățare, pot fi multiple, uneori subiective, nejustificate, alteori obiective. Au fost depistate următoarele *particularități* ale copiilor cu tulburări de limbaj ce împiedică formarea unei comunicări: intimida-

rea, complexul de inferioritate, blocarea, bariera psihologică, frica de a comunica (26,6% cazuri); în alta 26,6% cazuri din cauza tulburării de vorbire copiii nu sunt înțeleși. Este necesar de a identifica aceste cauze și a găsi strategii comune ale cadrelor didactice pentru a le exclude.

Soluționarea adecvată a acestor probleme este văzută de către respondenți în felul următor: în 40,0% cazuri ei cer de la copii să dea răspunsuri în scris și numai în 13,3% cazuri lucrează individual sau folosesc explicația; în 14,3% cazuri recomandă consultația specialistului logoped și în 34,4% cazuri problemele copiilor rămân nesoluționate, (fig. 2).

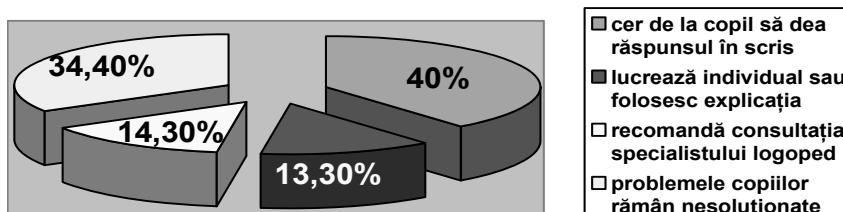


Figura 2. Acțiunile profesorului în comunicare cu discipolii logopați.

Pentru a verifica dacă elevii îl înțeleg pe profesor în 46,6% cazuri respondenții folosesc lucrări scrise, în 20,0% cazuri comunică cu copiii folosind privirea, gesturile; în 13,3% cazuri folosesc expresia feței și mimica. Datele acestea denotă că mai există profesori ce nu posedă capacitatea de a comunica (sau nu doresc să comunice) cu copii cu tulburări de limbaj.

Pentru a le arăta copiilor că sunt înțeleși de către profesor de cele mai dese ori (46,6% cazuri) respondenții folosesc mimica feței; 53,3% cazuri – gesturile; 20,0% cazuri – atingerea; 13,3% cazuri – vorbirea, zâmbetul. În 20,0% cazuri nu le demonstrează copiilor că sunt înțeleși (fig. 3).

În opinia mai multor respondenți, comunicarea cu copiii cu tulburări de lim-

baj devine mai eficientă dacă se creează condiții favorabile pentru dezvoltarea lor (26,6%); consultația neîntârziată a specialistului logoped (33,3%); alegerea metodelor de colaborare adecvate în concordanță cu particularitățile individuale ale copilului logopat (13,3%); dezvoltarea încrederii în forțele proprii (13,3%), (fig. 4).

20,0% dintre respondenți nu știu ce trebuie întreprins pentru ca comunicarea cu copilul ce are tulburări de limbaj să fie mai eficientă.

Rezultatele obținute în cercetarea noastră ne-au permis să tragem următoarele *concluzii*:

Cadrele pedagogice necesită o pregătire calificată, seminare, schimb de experiență pentru a putea acorda un ajutor

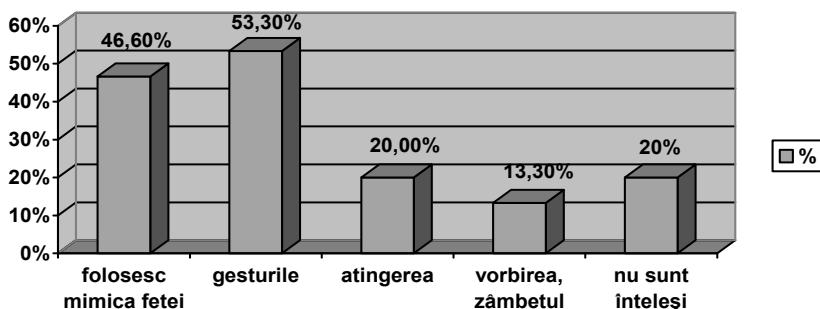


Figura 3. Formele de stimулare a înțelegерii vorbirii de către copilul cu tulburări de limbaj (%).

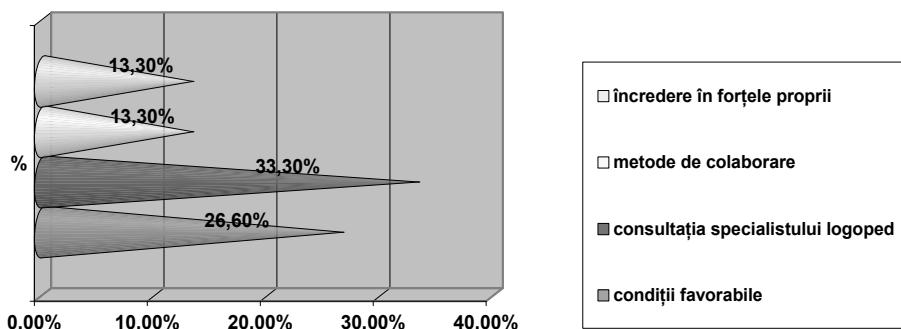


Figura 4. Condiții de stimулare eficientă a vorbirii copiilor cu tulburări de limbaj.

adecvat copiilor cu tulburări de limbaj. De asemenea, sunt necesare diverse suporturi didactice, indicații metodice.

Diagnosticul și diferențierea precoce a formelor și aspectelor comunicării copiilor ce suferă de o tulburare de limbaj reprezintă o problemă destul de importantă. Soluționarea acesteia poate fi eficientă dacă dispunem de metodologii generale și specifice, dacă cunoaștem particularitățile specifice de dezvoltare a aspectelor de comunicare normală a copilului.

Implementarea unui model complex de diagnostic a diferitor forme de comunicare în cazul copiilor cu tulburări de limbaj va permite să diferențiem care sunt acele cauze ce influențează aspectele comunicării acestor copii.

La unii copii cu tulburări de limbaj, cu dificultăți în comunicare s-au consta-

tat particularități specifice, exprimate prin: dereglaři de conduită, intoleranță, anxietate, agresiune, toleranță scăzută la frustrare, sentimentul inferiorității, lipsa de apărare, neîncredere în sine, stări depresive, nivel redus de reglare volitivă ce împiedică dezvoltarea armonioasă a comunicării și socializării.

Copiii aflați în condiții defavorizate în familii vulnerabile sunt amenințați de dezvoltarea insuficienței de personalitate, nedezvoltarea limbajului.

Este important ca familia să fie anunțată privitor la problemele de limbaj pe care le întâmpină copilul pentru a fi soluționate.

Sarcina pedagogică primordială este socializarea acestor copii, adaptarea lor la mediul de trai și ambianța socială, să-i ajute în dezvoltarea posibilităților de cunoaștere, antrenarea lor în activități de comunicare.

Este important ca școala și familia să formeze un parteneriat ce prevede o conlucrare strânsă și comunicare eficientă, adică nici un copil de vîrstă școlară să nu fie privat de educație din cauza gravității handicapului sau să aibă parte de servicii educative inferioare celor care se bucură celalți copii.

În baza cercetării efectuate putem propune următoarele **recomandări**:

- pedagogul să se apropie de copilul cu tulburări de limbaj, având încredere în sine și dorință de a-l ajuta. Aceasta se poate de realizat prin:
 - folosirea unor căi de comunicare variate: să vorbească clar, să nu strige, să rostească cuvinte simple și fraze scurte, să repete mesajele importante;
 - utilizarea de gesturi și expresii ale feței în timpul vorbirii pentru a-și face înțeles mesajul;
 - încurajarea copiilor să mimeze ori să gesticuleze dacă nu reușesc să exprime ce vor să spună;
 - îmbogățirea comunicării orale cu imagini, desene și mesaje scrise.
 - oferirea posibilităților optime de exprimare liberă a copilului;
 - stimularea permanentă a inteligenței, creativității, independenței în gândire și acțiune a copiilor;
 - formarea la copii a deprinderilor de exprimare corectă, stimularea vorbirii coerente și expresive;
 - trezirea interesului copiilor față de orele de ocupații din primele momente și menținerea acestui interes pe parcurs, care ar asigura succesul rezultatului activității tuturor participanților;
 - oferirea unui mediu propice, confort psihologic corespunzător dezvoltării normale a personalității copilului ce se reflectă îndeosebi în dezvoltarea comuni-

cării și limbajului.

Numai astfel copilul cu tulburări de limbaj va accepta observația critică, chiar și dojana, reacționând spre corectare, nu izolându-se. În final putem spune că implicarea cadrelor didactice este factorul crucial în opera de dezvoltare a comunicării copiilor cu tulburări de limbaj.

Bibliografie selectivă

1. Bolboceanu A., (2007), *Psihologia comunicării*. Chișinău.
2. DEX, ediția a II-a, București, (1998), p. 205.
3. *Comunicarea*. Manual pentru persoanele implicate în lucrul cu copiii care au dificultăți de comunicare. United Nation Childrenis Eund New Yorc, Rehabilitation Unit World Health Organization Geneva, Rehabilitation Unit Ministry of Health, Zimbabwe, 2004.
4. Racu Igor, Racu Iulia, (2007) *Psihologia dezvoltării*. Chișinău.
5. Gerguț A., (2006) *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe educative speciale*. Collegium, POLIROM.
6. Sillamy Norbert (1996) *Dicționar de psihologie*. Trad. de dr. Leonard Gavrilu – București, Univers enciclopedic.
7. Sânchetru A., (2001) *Comunicarea*. Ghid pentru părinții copiilor cu cerințe educative speciale. Chișinău.
8. *Înțelegerea și satisfacerea necesităților copiilor în clase incluzive*. Ghid pentru pedagogi, UNESCO, 2003.
9. *Să înțelegem și să răspundem la cerințele elevilor din clasele incluzive*. UNESCO, Ed.: RO MEDIA, 2002.
10. Șchiopu Ursula, (1997), *Dicționar de psihologie*. București, Editura Babel.
11. Лисина М., (1997) *Общение, личность и психика ребенка*. Москва-Воронеж. р.151.

ЧТО ЭТНОПСИХОЛОГИЯ МОЖЕТ ПРЕДЛОЖИТЬ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ?

Ирина КАУНЕНКО, Наталья КАУНОВА

Основные понятия: этническая идентичность, этнические стереотипы, авто- и гетеростереотип, культурные ценности, этнические группы, межкультурное взаимодействие, культурная дистанция.

Summary

The article deals with the problem of opportunities and perspective of using date of ethnic psychology in education. The work is developed to the empirical research of the ethnic identity of senior pupil of different ethnic group. Received results could be used in the practical work of school psychologists and teachers.

Процесс формирования этнической идентичности у разных возрастных групп, в период социальных трансформаций, привлекает внимание специалистов из разных областей – психологии, философии, этнологии и др.

Сегодня, когда произошли кардинальные изменения социальной структуры общества, и соответственно институтов социализации, процесс личностной и социальной идентичности претерпевает базовые изменения. Причём это относится к разным социальным и возрастным группам.

Процесс этнического самоопределения сегодня приобретает особую значимость в связи с неустойчивостью социальной структуры общества и противоречивостью поля социальных маркеров. В то же время, сегодня человек поставлен перед необходимостью принятия решений в ситуации высокого уровня неопределенности. Принятие решений в ситуации длительной социальной неопределенности во многом зависит от сформированности идентичности (социальной, личностной). Под

социальной идентичностью мы понимаем личностный конструкт, который отражает внутреннюю солидарность человека с социальными, групповыми идеалами и стандартами, и тем самым помогает процессу «Я»-категоризации: это те наши характеристики, благодаря которым мы делим мир на похожих и не похожих на себя [10].

Позитивная этническая идентичность, как часть социальной идентичности, является сегодня одной из основ и ресурсов самореализации личностью себя, интеграции в поликультурное пространство и конструирования адекватной картины мира. Поэтому сегодня как никогда возрастает значимость тесной связи научных исследований, в частности в области этнопсихологии, с практикой обучения и образования. Что же сегодня может предложить этнопсихология практике образования? Мы попытаемся частично ответить на данный вопрос на примере своих эмпирических исследований.

Эмпирическое изучение этнической идентичности разных возрастных,

этнических групп в течение ряда лет позволило нам сделать следующие выводы. Трансформация социальной структуры общества, особенно сильно оказывает влияние на старший школьный возраст, когда происходит выработка ценностных ориентаций, жизненных смыслов, развития чувства ответственности. Так, изучение этнической идентичности старших школьников молдаван, русских, гагаузов, болгар (выборки 2004, 2008) выявило тенденцию к формированию её по типу маргинализации. Исключение составили старшие школьники украинцы.

Изучение этнических стереотипов старших школьников русских, гагаузов, болгар имеет тенденцию к негативной выраженной гетеростереотипа молдаван. *Хотя показатели выраженности гетеростереотипа молдаван достаточно низкие, но отрицательный заряд гетеростереотипа пусть пока и слабый, может стать основой для предубеждений, межэтнической напряжённости.* В свою очередь, у старших школьников молдаван гетеростереотип русских так же изменился с позитивной (выборка 2004) выраженности на отрицательную, с низкими показателями выраженности (выборка 2008).

У русских старших школьников выявлена устойчивая тенденция к идентичности по типу гиперидентичности. Дальнейшая направленность вектора идентификационного процесса данной этнической группы будет зависеть от социально-политической ситуации в стране. Результат гиперидентичности может стать дальнейшим поиском своей идентификационной формы или гиперболизацией этнической идентичности, и основой маргинализации, де-

зинтеграции.

У школьников молдаван, при изучении этнических стереотипов, был выявлен высокий уровень амбивалентности, неопределенности. Образ молдаван у всех этнических групп так же характеризовался высоким уровнем неопределенности, размытости.

Настроивающим моментом является то, что периоды набора выборок пришлись на относительно стабильный социально-политический период в Молдове (2004, 2008), однако, «накопление» отрицательных оценочных характеристик проходило, и оказалось значимым, для изменения негативной направленности стереотипов.

С нашей точки зрения, необходим постоянный этномониторинг этнических стереотипов. Здесь мы базируемся на теоретико-методологических положениях Шихирева П. Н., что центральным положением стереотипа является его персонифицированность выражений «отношений между социальными субъектами и отношения (оценки) к этим отношениям. Его свойства: поляризация оценки, жёсткая фиксация, интенсивная аффективная коннотация – обусловлены именно фактом регуляторной функции в социальных системах и подсистемах. Функционируя внутри группы, стереотип и поляризует группу, и сам поляризуется в групповой динамике, обусловленной, в свою очередь, динамикой межгрупповых отношений» [9, 272].

Здесь так же можно сказать, что сегодня направление и особенности структуры этнической идентичности молодого поколения титульного этноса во многом зависит от вектора этнокультурного развития страны.

Поэтому система образования, в данной социальной ситуации, характеризующейся неопределенностью, приобретает значительное влияние на вектор этноидентификационного развития старших школьников. Каналами трансляции формирования этнокультурной компетентности, национально-гражданской идентичности являются ряд гуманитарных предметов, преподаваемых в гимназиях, лицеях (история, литература и т.д.).

Так, многолетние исследования российского этносоциолога Рыжовой С. показали, что актуализация этнической идентичности, развивающаяся в толерантном направлении, может участвовать в процессах формирования национально-гражданской идентичности и служить ресурсом для интеграции полиэтнической страны [6].

Необходимо отметить, что для того, чтобы развитие вектора было адекватным социальной ситуации развития общества, работники системы образования, через школьных психологов должны быть информированы о результатах научных исследований в области этнопсихологии, этнопедагогики, этносоциологии и т. д.

Так, на основе наших исследований по этническим стереотипам старших школьников, можно сделать выводы, что идет процесс дезинтеграции, маргинализации этнических групп. Он идет латентно, но устойчиво. Поэтому при разработке программ по развитию межкультурной компетентности, нужно учитывать как саму тенденцию, так и особенности формирования этнической идентичности каждой этнической группы. Эти данные были нами не раз отражены в научных публикациях [1, 3, 4 и др.]

В процессе изучения содержания этнических стереотипов нами было выделено качество, которое было значимо для всех автостереотипов этнических групп – гордость. Известно, что «гордость» тесно связано с потребностью в самоуважении. Т. Шефф считает стыд и гордость индикаторами состояния социальных связей, подчёркивает необходимость признания скрываемого стыда в качестве одного из необходимых условий разрешения межнациональных конфликтов [2, 7].

Интересно, что и при изучении культурных ценностей этнических групп, в том числе и старших школьников, значимой ценностью является блок «равенство», включающий смысловое поле справедливости, уважения. Итак, потребность в уважении сегодня является значимой для представителей разных этнических групп. Поэтому при разработке программ по поликультурному воспитанию необходимо учитывать актуализированность потребности в уважении, как на личностном уровне, так и на групповом. С нашей точки зрения актуализированность данной потребности у старших школьников титульного этноса и этнических меньшинств может свидетельствовать о «латентной» напряжённости в межэтнических отношениях и потребности в уважении собственного этнокультурного пространства. И здесь социальные институты системы образования могут сделать очень многое, в сотрудничестве с научными центрами.

Так, наши исследования разных возрастных групп выявили, что стабильно проблемным остается в этнокультурном плане старший школьный возраст. И здесь необходимы програм-

мы по профилактике и снижению предубеждённости.

Котова М., исследовавшая факторы возникновения этнических предубеждений, пришла к заключению, что «основным источником этнического предубеждения являются социальные факторы, тогда как диспозиционные (когнитивные, эмоциональные и мотивационно-личностные) факторы выступают как необходимые, но не объясняющие в полной мере формирование предубеждений. Однако социальные факторы не могут обуславливать возникновение предубеждений непосредственно, поскольку не являются психологическими. Они обуславливают возникновение этнического предубеждения посредством психологических процессов, в том числе и через диспозиционные факторы»[5,117-118].

Так, российским психологом Хухлаевым О.Е., исследующем проблемы национализма, предложена структура механизмов, снижающих предубеждения. Первая группа связана с использованием механизма проекции (а точнее её снятия). Вторая группа – это изменение установок (применение механизмов конформности, когнитивного диссонанса, самовосприятия). Третья группа механизмов направлена на изменения в социальной идентичности. Так же широко используются в педагогической среде механизмы де-категоризации. Важной стороной использования де-категоризации является механизм позитивной социальной идентичности. Первые три группы механизмов снижения предубеждённости (этноцентризма) направлены непосредственно на «целевой» феномен. Так

же исследователь выделяет «неспецифические» группы – это снижение авторитаризма, развитие навыков диалоговой коммуникации [8 с.119].

На недавно прошёлшей конференции в России «Практическая этнопсихология: актуальные проблемы и перспективы развития» психологи, социологи, культурологи из разных стран, обсуждая проблемы стратегий взаимодействия психологов в полиэтнической образовательной среде, отмечали необходимость учёта роли культурного фактора в поведении человека. Как отмечала российский психолог Чибисова М.Ю., важно рассматривать культуру не только как совокупность традиций и обычая, но и как систему неосознаваемых ценностей, детерминирующих поведение человека [7, с. 120].

Одними из компонентов этнической идентичности являются культурные ценности. Наше эмпирическое исследование культурных ценностей (выборки 2004, 2008) старших школьников выявило как общие тенденции, так и особенности ценностной сферы каждой исследуемой группы: молдаван, русских, гагаузов, болгар, украинцев. Для исследования культурных ценностей была применена методика ценностей Шварца.

Наиболее значимыми культурными ценностями для всех этнических групп старших школьников являются: **Мастерство, Аффективная автономия, Интеллектуальная автономия, Равноправие**. Данные ценности культурного уровня являются ценностями индивида, а не групповые. Поэтому можно прогнозировать, что индивидуалистические тенденции в дальнейшем будут возрастать. **Автономия и Рав-**

ноправие составляют «европейский» тренд. Ценности блока **Автономия, Овладение (Мастерство)** отражают установку на риск, ответственность. В целом, ценности старших школьников, при условии их поддержания и развития нашей социальной системой общества, могли бы стать значимой основой инновационного, европейского развития общества. Так как учёт значимых ценностей для молодёжи даст возможность «говорить с ними» на одном языке и транслировать материал по поликультурной компетентности более эффективно.

По ценностям блоков **Мастерство, Аффективная и Интеллектуальная Автономия, Равноправие** у всех этнических групп школьников выявлены более высокие показатели в сравнении с другими блоками ценностей. Значимые возрастания по ценностным сферам выявлены у школьников гагаузов (**Интеллектуальная автономия, Мастерство**), молдаван (**Мастерство**). Как было выявлено в исследованиях Шварца, значимость ценностей блоков **Мастерство, Автономия** позитивно коррелируют со свободным предпринимательством. Данный потенциал социального капитала конечно надо учитывать, сохранять, развивать нашей системе образования. Именно в ней реальная основа инновационного рывка общества.

По ценностям блока **Гармония** значимое возрастание выявлено только у группы школьников гагаузов. Так как блоки **Гармония** и **Мастерство** составляют одну биполярную шкалу, то одновременное возрастание обоих полюсов может свидетельствовать о высокой динамичности модерниза-

ционных процессов происходящих в ценностной сфере данной этнической группы.

В целом, по данной возрастной группе старших школьников можно отметить высокий уровень динамичности развития ценностной сферы по всем блокам и наиболее значимыми являются ценности блоков, составляющие основу свободного предпринимательства и демократии (**Равноправие**). Необходимо подумать, как более рационально использовать данный ценностный потенциал.

В нашем исследовании ценностей блока **Равноправие** были значимы для всех возрастных групп, что может свидетельствовать о неудовлетворённости потребности в социальной справедливости. Актуализацию данных ценностей необходимо учитывать при трансляции материала по гуманитарным циклам. А так же это может быть хорошей основой для различных социальных проектов, направленных на гуманизацию общества.

В то же время, большое значение для повышения эффективности работы в области оптимизации межэтнических отношений имеет значение учительями ценностей старших школьников на индивидуальном уровне. На уровне индивидуума, ценности понимаются как основа мотивов, которыми люди руководствуются в своей жизни

Так, например, у старших школьников молдаван (выборки 2004, 2008) есть ценности, которые *тождественны* и не изменились. Видимо они составляют ядро ценностной сферы, и входят в мотивационные типы **Безопасность, Достижение, Универсализм**. Согласно теории Шварца ценности

самоопределения – выходы за пределы собственного Эго (Универсализм, Доброта (Благожелательность) в оппозиции ценности *самоутверждения*, акцентирования «самости» (Власть, Достижение, Гедонизм). Как мы видим, у старших школьников молдаван сохранилась оппозиция между *самоопределением* и *самоутверждением*.

Данная оппозиция соответствует возрастным особенностям старшего школьного возраста, когда происходит процесс выработки ценностных ориентаций и жизненных смыслов. Значимыми остаются так же ценности *сохранения* (Безопасность). Данный мотивационный тип ценностей характерен для стран, переживших крах экономики и социального устройства (бывшие советские республики).

Важным моментом в формировании навыков межкультурной коммуникации в работе со старшими школьниками разных этнических групп является знание общих семантических зон, которые необходимо расширять в процессе формирования навыков межкультурной коммуникации. Так, в наших исследованиях в пределах психологической универсалии «индивидуализм-коллективизм» были выявлены следующие общие семантические зоны - анализ этнокультурных ценностей старших школьников выявил, что общей основой в структурах ценностных ориентации молдаван, русских, гагаузов, болгар, украинцев – является настроенность на взаимодействие, открытость переменам.

У всех групп выражен приоритет коллектилистических ценностей миролюбие, сердечность. У молдаван, русских, украинцев выражен приоритет

ценности соперничество, у болгар и гагаузов – уступчивость.

Общие семантические зоны – важный ресурс для взаимопонимания этнических групп и формирования позитивной этнической и гражданской идентичностей.

Изучение культурной дистанции у старших школьников молдаван, русских, гагаузов, болгар, украинцев, выявило, что наиболее значимыми маркерами являются общее место жительства, историческое прошлое, религия. Мы считаем, данные маркеры могут стать основой для разработки программ по развитию навыков межкультурной коммуникации, так как одной из её основ является маркеры универсальности. При этом, каков содержательный аспект социальных представлений выделенных маркеров предстоит ещё изучить.

Повышение компетентности психологов, педагогов в области межэтнических взаимоотношений, понимания особенностей протекания этноидентификационных процессов, особенностей трансформации этнокультурного пространства на современном этапе развития общества, разработка программ по диагностике этнической идентичности, межэтнических отношений – вот одни из множества аспектов, которые этнопсихология может предложить образовательной системе.

Литература

1. Caunenco, I., Gaşper, L., (2005). *Toleranţa etnică şi particularităţile socializării adolescenţilor la etapa contemporană / Familia: probleme sociale, demografice şi psihologice.*, Chişinău, Р 120-197.

2. Васильев, А. Ф., (2004). *Человек гордящийся» в социокультурном контексте.* автореф.канд.философ.наук. Ижевск.
3. Кауненко, И. И., Гашпер, Л. В., (2005). *Психологические особенности этнической идентичности подростков и юношей Молдовы / Кросс-культурная психология: актуальные проблемы.: Изд-во С.-Петерб. Ун-та, С.329-348*
4. Кауненко, И. И., (2010). *Этнопсихологические проблемы структуры этнической идентичности молдаван в период социальных изменений/Этносоциологические и этнопсихологические практики: методологические подходы и комментарии (учебно-методическое пособие для высшей школы), Chișinău-Comrat С.139-160*
5. Котова, М. В., (2008). *Степень свободы выбора группы как фактор возникновения этнических предубеждений.* Дисс. канд. психол. наук. М., с. 117-118
6. Рыжова, С., (2008). *Этническая и гражданская идентичность в контексте межэтнической толерантности.* автореф. дисс. канд. социолог. н., Москва.
7. Чибисова, М. Ю, (2011). *Стратегии взаимодействия психолога с педагогом в полиэтнической образовательной среде / Мир культуры и культуры мира.* Москва, МГППУ, С.120
8. Хухлаев, О. Е., (2011). *Социально-психологический подход в разработке способов снижения предубедённости (этноцентризма) / Мир культуры и культуры мира.* Москва, МГППУ, С.119
9. Шихирев П. Н. *Современная социальная психология.* – М. ИП РАН; КСП+Академический Проект, 1999 с.272
10. Эриксон Э, 1996, *Идентичность: юность и кризис.* М., «Прогресс», 1996.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ВОСПИТАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Нина ИВАНОВА

Ключевые слова: этническая идентичность, этнокультурная компетентность, поликультурное образование / воспитание.

Summary

The present article deals with a number of existing approaches and programs of multicultural education in the Republic of Moldova, as well as with the reasons of their need for the state. The main conclusion is that for achieving the necessary level of multicultural training at schools we need a unique program that will include first of all preparation of the teaching staff as the main source of transmitting the values of tolerance.

Проблема формирования в современном обществе толерантной, открытой личности все чаще затрагивается на страницах научных изданий. Мир, благодаря новым технологиям, становится все более открытым, культурные границы стираются, и для того, чтобы полноценно реализовать себя в этом мире, подрастающим поколениям нужны новые условия, знания и навыки.

Республика Молдова на протяжении своей истории была зоной межкультурных контактов, а ее столица представляет собой интерес в качестве среды проживания многих этнических групп. Сложная этнополитическая история, затянувшийся период социально-экономической трансформации являются фоном становления гражданской и этнической идентичности подрастающего поколения в нашей стране. Молдавский социолог В.А. Блажко сравнивает современную социальную ситуацию с введенным М. Мид понятием «префигуративной» культуры, в условиях которой основной поток информации имеет направленность от де-

тей к родителям. «При этом общество ждет от молодежи того, что она может дать обществу, но именно что – неизвестно, так как само общество в гонке за обновлением спровоцировало нарушение работы традиционных механизмов передачи социального опыта» [2, с. 7-8].

Результаты проведенного нами несколько лет назад исследования этнической идентичности среди младших школьников подтверждают существование проблемы гармоничной этнокультурной трансмиссии [5]. Эмпирическая часть исследования выявила тенденции зависимости процесса формирования этнической идентичности от совокупности факторов социального характера. Так, равное положение национальных меньшинств и практически единный язык общения (русский), тем не менее, не сыграли унифицирующей роли в этнической идентификации школьников из русских и украинских семей. Полиэтническая культура города способствует высокой степени вариативности и сочетаемости компонентов

этнической идентичности; в единичных случаях наблюдается «конструирование» этничности по собственным критериям. В ходе исследования были выделены этнодифференцирующие признаки, на основании которых происходит этническая идентификация испытуемой группы: язык, страна проживания и этническая принадлежность ближайших родственников. Для детей из украинских семей это, в основном, этническая принадлежность родителей; для русских – язык и этническая принадлежность родителей у 12-летних детей. Украинцы демонстрируют более выраженную этническую идентификацию в отличие от русских, у которых она несколько «размыта», что подтверждает влияние социального контекста на процесс формирования этнической идентичности. В данном случае это исторические особенности поселения русских и украинцев на территории современной Республики Молдова, длительный период использования русского языка как языка общения в Молдове, обучение на родном русском языке. Представления о группе этнической принадлежности и этническая аффилияция более выражены у украинцев, чем у русских. Применение рисуночной проективной методики позволило прийти к выводу о том, что для городских детей традиционная культура и обычаи в качестве этнических идентификаторов уступают место языку и этнической принадлежности родителей. Известный психолог В.Ф. Петренко так описал подобную ситуацию: «Развитие городской цивилизации ведет к определенной унификации человеческого жилища, традиций, предметов потребления... Националь-

ная специфика интериоризируется, ментализируется, акцент в ее изучении смещается с анализа внешних материальных носителей культуры в план изучения внутренних (ментальных) форм представлений человека о мире и о своем месте в нем» [10, с. 214]. Важным моментом оказалось выявление источников информации этнокультурного содержания, которые все чаще сводятся к телевидению. Опасность построения этнокультурной компетенции на основе СМИ не только в искажении этнических образов. Как отмечает В.А. Блажко, изучающий социализацию молодежи, превращение СМИ и массовой культуры в ведущий фактор социализации приводит к навязыванию образцов и моделей поведения» [2, с. 36-37].

Исследованные возрастные группы (7-12 лет) представляют собой рубеж в процессе формирования картины мира, представления о своем месте в мире для отдельного индивида. Поэтому особая важность состоит в том, чтобы привить с самого начала, младшего школьного возраста, позитивное отношение к миру и отдельным его частям с целью профилактики ксенофобии. Исследователи отмечают, что фиксация альтернативы «Мы – Они» и стратегия поведения по отношению к чужому начинает развиваться в среднем школьном возрасте [13, с. 15]. У старших школьников психологически возможно формирование негативных установок. Подростковый возраст является наиболее сенситивным для формирования позитивного либо негативного межэтнического восприятия [6, с. 135]. Результат в целом зависит от достоверности информации о дру-

гих этнических культурах. Поэтому единственным способом предотвращения ксенофобии является правильным образом построенная образовательная система, способствующая развитию в подростках открытости миру. Большое внимание при этом следует уделять младшим школьникам, предоставляя им необходимый объем информации, который станет базой формирования позитивного восприятия иных этнических групп.

Таким образом, в существующих условиях очевидна потребность в участии государственных институтов в процессе становления этнической и гражданской идентичности у детей, а именно: в разработке и внедрении программ поликультурного образования в школьных и дошкольных учреждениях. Данная проблема достаточно давно обсуждается специалистами из разных областей (педагогика, психология, этнология, межнациональные отношения). Так, специалист в области межэтнических отношений Т. Стоянова определяет поликультурное (мультикультурное, интеркультурное, по разным источникам) обучение как «подготовку учащихся к гармоничной адаптации в обществе, насыщенном культурным разнообразием». При этом содержание учебных планов, внеклассных занятий должно «отражать культурное разнообразие общества и воспитывать в детях «этническую грамотность», отражать сходства и различия этнических групп, давать возможность постичь и понять все культурное наследие и узнатъ о культурном богатстве других национальностей, исключать расизм и предрассудки, воспитывать уважение ко всем этническим группам и наро-

дам, осознавая уникальность каждой в отдельности и богатство поликультурного общества в целом» [14, с. 10].

Проблема поликультурного образования давно обсуждается на страницах научных изданий, конференциях, форумах. Так, «Центром по проблемам меньшинств» было организовано несколько крупных конференций по проблемам мультикультурного образования, на которых обсуждались такие темы, как: законодательная база Республики Молдова по вопросу защиты культурно-национального разнообразия, языковым проблемам, необходимость поликультурного образования и варианты его внедрения, результаты на сегодняшний день, опыт зарубежных и соседних государств. Одна из основных тем статей – образование национальных меньшинств на собственном языке. В последнее время отмечаются заметные сдвиги в государственной политике в отношении национальных меньшинств: создание учебных заведений с изучением родного языка, разработка учебно-методического обеспечения (куррикулумы по родным языкам и литературе, по истории, культуре и традициям украинцев, русских, болгар и гагаузов; стандарты, учебники с 1-го по 9-й класс по родным языкам; методические гиды для учителей, тесты и др.). Эти меры должны способствовать нормальному становлению этнической идентичности ребенка. Однако, как справедливо отмечает Т. Стоянова, если речь идет о поликультурном образовании, наиболее предпочтительна та модель, которая предполагает государственный и родной языки обучения. Государственный язык необходим при этом для социализации в молдав-

ское общество, а родной способствует сохранению национально-культурной идентичности личности [14, с. 20]. Кроме того, для интеграции молдавского общества в гражданском смысле необходимо изучение титульным этносом языка меньшинств в зависимости от его распространенности, а также отражение в процессе преподавания истории роли всех этносов в становлении государства, что является передовой европейской практикой. Уместно здесь упомянуть, что одна из моделей поликультурного образования в США заключается именно в преподавании истории с учетом позиций всех вовлеченных в события государств и народов для формирования у учащихся способности оценивать ситуацию с разных точек зрения [3, с. 145].

Поликультурный и многоязычный характер народа Республики Молдова признан официально в Концепции национальной политики. В задачи курсрикулумов входит «развитие личного позитивного имиджа, уважения к себе и другим» [7, с. 45], в том числе в этнокультурном плане. Для достижения поставленных задач, т.е. выбора конкретных программ, Министерство просвещения предоставляет учебным заведениям относительную свободу. Официальных программ по поликультурному образованию в Молдове не существует. Есть несколько факультативных программ [«Узнаем друг друга лучше», «Уроки холокоста»), которые внедряются в школьную программу по желанию директора. Также факультативной является программа по углубленному познанию собственной культуры для русских, украинских, болгарских детей «История, культура

и традиции», которая не имеет, однако, культурно-сопоставительного элемента.

Учебник «Узнаем друг друга лучше» (на русском и румынском языках) представляет собой разработку специалистов-филологов и педагогов, призванную познакомить учащихся с культурами народов Молдовы (молдаван, украинцев, русских, гагаузов и болгар) сквозь призму литературы [16, с. 2005]. Он содержит особую подборку фольклорных и литературных произведений, а также упражнения, направленные на анализ собственной этничности в сравнении с культурами соседних народов. Среди целей программы авторы указывают познавательные (ознакомление учащихся с особенностями культурной специфики каждого из этносов), воспитательные (формирование толерантного поведения) и формирующие (соотнесение собственных духовных ценностей с национальными и общечеловеческими, развитие гражданской культуры как гражданина Республики Молдова на основе общих с представителями различных этносов ценностей) [16, с. 296-297], т.е. основные цели поликультурного образования в принципе. Однако для достижения данных целей, помимо учебных пособий, необходима особыя подготовка преподавателей, чтобы уроки по формированию толерантного мировоззрения не становились сухим запоминанием непонятного «чужого» материала, какими, к сожалению, зачастую становятся занятия по истории и культуре своего же народа или уроки литературы, на которых преподается «чужая и неинтересная жизнь» предшествующих эпох. В связи с этим ин-

тересным и важным кажется нам подход к преподаванию болгарской литературы, а также к изучению культуры соседних этносов, предложенный Е.В. Рацеевой [11, с. 2010], одной из авторов учебника. Особенность подхода заключается в том, чтобы «через литературный текст системно распредмечивать и осмысливать текст болгарской культуры в ее ценностных измерениях». Предложение Е. Рацеевой изучать этнолитературу путем структурирования содержания как «мифологии» [11, с. 6] представляется нам адекватным способом показать через литературу разных этносов общечеловеческие и национальные ценности. Как пишет сама автор, данный концептуальный подход «позволяет актуализировать важнейшие культурные концепты, определяющие базовые характеристики национальной картины мира, и изучать фольклорных и литературных героев в типологии как этнообразы» [11, с. 6]. Занятия литературой, таким образом, становятся одновременно занятиями по культурной антропологии, основным принципом которой является культурный релятивизм, равнозначность культур или их диалог. По мнению К. Демичевой, преподавателя болгарского языка и литературы одной из школ в Республике, «диалог как сущность интеркультурного образования имеет прямое отношение к практике диалогичного мышления как возможности интеркультурного взаимодействия» [4, с. 129].

Учебник «Узнаем друг друга лучше» является одним из проектов образовательного центра *Prodidactica*, который особое внимание уделяет воспитанию в учащихся толерантности, и, в

связи с этим, развитию соответствующей компетентности педагогов. Центр проводит большое количество конференций и тренингов, которые включают обмен опытом с другими странами. Обученные школьные преподаватели при этом продвигают идеи толерантности среди коллег и учеников. Так, внедренный несколько лет назад проект «Продвижение толерантности и понимания различий» был направлен на развитие компетенций у учителей-филологов в области воспитания толерантности в рамках уроков языка и литературы, причем румынского языка в иноязычных школах, русского языка в национальной школе, украинского, гагаузского, болгарского и иностранных языков. Таким образом, в Республике Молдова осуществляется идея о языке и литературе как элементах национальной картины мира, которую нужно и можно понять.

Еще одним подходом к развитию этнокультурной компетенции является предложенная группой этнографов во главе с Е. Постолаки программа познания собственной и других национальных культур путем введения этнографической тематики в школьную программу. Это может быть как отдельный курс, знакомящий учеников с национальной культурой, а затем и с народами мира, так и отдельные темы, введенные в учебные предметы (географию, литературу, ИЗО, технологическое воспитание) [1, р. 58]. Этой же группе ученых принадлежит концепция введения народного искусства и ремесел в занятия по технологическому воспитанию (труд), что способствует более близкому знакомству с этнической культурой и ее сохранению,

эстетическому развитию детей [1, р. 60]. Описанная идея интересна тем, что вовлекает учащегося в определенную деятельность, которая активно способствует усвоению им материала, погружает его в мир исследуемой культуры. С другой стороны, от учителей требуется специальная подготовка для объяснения этнической специфики тех или иных элементов культуры. Тем не менее, наблюдение и участие в различных традиционных действиях, объяснение обычая и обрядов молдавского и других народов в большой мере способствует ознакомлению с культурами титульного этноса и этнических меньшинств.

Поскольку поликультурный компонент остается в разряде факультатива, многие директора решают данную проблему при помощи внеклассных, дополнительных занятий, представляющих интерес для детей. В основном, это праздничные мероприятия, танцы, песни различных народов [12, с. 101]. Следует также отметить, что в международной практике широко используются различные тренинги межкультурной компетентности [8, с. 108], которые, к сожалению, пока не получили распространения в нашей стране. Тренинг представляет собой, как правило, проигрывание бытовых ситуаций, в которых может возникнуть непонимание между представителями различных культур, и способствует закреплению личностью идеи мультикультурности мира и толерантного мировосприятия.

В заключение хотелось бы рассмотреть возможности поликультурного воспитания в дошкольных заведениях. В литературе отмечается важность работы с детьми данного возраста в

процессе формирования позитивной этнической идентичности, изменение привычных возрастных границ в данном процессе [17, с. 2010]. Куррикулум по воспитанию детей раннего и дошкольного возраста (1-7 лет), принятый в Республике Молдова в 2007 году, в качестве одной из задач указывает «понимание и принятие семейных и общественных морально-духовных ценностей» [7, с. 45]. Для ее решения авторы предлагают выполнение упражнений по определению названия страны, ее столицы, собственного места проживания; занятия по знанию символики государства, столицы Молдовы; тематические проекты, среди которых «Традиции народа и семьи»; занятия на тему «семейный альбом» об истории народа, семьи, родителей, детей; знакомство с национальными праздниками, ценностями универсальными и национальными [7, с. 48]. Методист кишиневского детского сада «Ликурич» отметила, что Министерство Образования обозначило общие цели, но каждый детский сад решает, какими методами их достичь. В этом детском саду есть интересный опыт межкультурного общения детей в группах с иностранными детьми, которые совсем не знают русского языка, что создает для остальных детей языковой барьер, который приходится преодолевать совместными усилиями. Возможно, таким образом, дети получают первый урок этнокультурной толерантности. Поликультурный компонент воспитания, обозначенный в Куррикулуме, реализуется здесь через понятные и интересные детям виды деятельности (ИЗО, театральные постановки, песни, танцы), изучаются от-

дельные аспекты молдавской культуры (например, народный костюм) в сравнении с русскими или украинскими. В старших группах есть «уголок Молдовы» с государственной символикой, картой, фотографиями, куклами в национальных костюмах, ремесленными изделиями.

Таким образом, поликультурное образование в Республике Молдова можно охарактеризовать как находящееся в процессе становления. Большое значение имеют законодательные акты и куррикулумы, обозначающие необходимость развития этнокультурной компетентности у детей, а также разработанные факультативные программы. Однако для достижения реального эффекта необходима работа с учительским составом и создание программ обязательного цикла в сочетании с психологическими тренингами, способствующими более глубокому пониманию другой культуры и возможности взаимодействия с ней. Особенно хотелось бы подчеркнуть роль учителей в трансляции ценностей толерантности и необходимость их особой подготовки, которая включала бы не только учебные пособия, но и наработки исследователей из научных центров, в частности, Академии наук.

Литература:

1. Postolachi-Iarovoī, E., Iarovoī, V., (2010). *Importanța etnografiei și culturii naționale în formarea generației tinere* // Revista de etnologie și culturologie. Vol. V. Chișinău. p. 56-61.

2. Блажко, В. А., (2003) *Молодежь Молдовы: особенности социализации в современном обществе*. Кишинэу:

АНРМ Институт философии, социологии и права.

3. Гукаленко, А. В., (2003). *Поликультурное образование: теория и практика*. Ростов-на-Дону: РГПУ.

4. Демирева, К., (2006). *Интертекстуальность в контексте мультикультурного образования* // От языкового многообразия к полиязычному и мультикультурному образованию. Материалы международной конференции, 5-6 декабря Кишинэу. Под редакцией Т. Стояновой. Кишинев: Vector, 2008, с.127-136.

5. Иванова, Н. В., (2008). *Особенности этнической самоидентификации детей и подростков г. Кишинева* // Revista de etnologie și culturologie. Chișinău, Vol. 3, p. 256-261.

6. Кауненко И. И., Мирон Л., (1999). *Психологические особенности межэтнического восприятия подростками друг друга (из опыта национально-смешанных семей)* // Этническая мобилизация и межэтническая интеграция, Москва: ЦИМО, с. 130-135.

7. *Куррикулум по воспитанию детей раннего и дошкольного возраста (1-7 лет) в Республике Молдова*. Министерство образования и молодежи Республики Молдова, Институт Педагогических наук, К. 2007

8. Лебедева, Н. М., Стефаненко, Т. Г., Лунева, О. В., (2004). *Межкультурный диалог в школе. Кн. 1. Теория и методология*: Научное издание. Москва: РУДН,

9. *Мультикультурное образование как средство менеджмента, разнообразия и интеграции в полигэтническом обществе*. Материалы Международной конференции 16-17 декабря 2004, под общей редакцией Т. Стояновой. Кишинев: Vector, 2005.

10. Петренко, В. Ф., (2005). *Основы психосемантики*. СПб: Питер, с. 214.
11. Рацеева, Е. В., (2010). *Проблема сохранения и развития этнической идентичности подрастающего поколения болгар Республики Молдова на современном этапе*. Дисс. др. ист. Наук. Кишинев.
12. Скутэльник, Б., (2008), *Продвижение культурного разнообразия и межкультурного диалога во внеклассной работе // От языкового многообразия к полиязычному и мультикультурному образованию*. Материалы Международной конференции, 5-6 декабря 2006, Кишинэу. Под редакцией Т. Стояновой. Кишинев: Vector, с.101-106.
13. Солдатова, Г. У., (2006), *Психологические механизмы ксенофобии*. В: Психологический журнал, том 27, №6, с. 5-17.
14. Стоянова, Т., (2008). *Почему мы за мультикультурное образование? // От языкового многообразия к полиязычному и мультикультурному образованию. Материалы Международной конференции, 5-6 декабря 2006, Кишинэу. Под редакцией Т. Стояновой. Кишинев: Vector, с.17-25.*
15. Стоянова, Т., (2008). *Предотвращение межэтнических конфликтов и интеграция через образование // От языкового многообразия к полиязычному и мультикультурному образованию*. Материалы Международной конференции, 5-6 декабря 2006, Кишинэу. Под редакцией Т. Стояновой. Кишинев: Vector, с. 7-12.
16. Узнаем друг друга лучше. *Межкультурное воспитание посредством литератур этносов совместно проживающих в Республике Молдова*. Chisinau, 2005.
17. Цыремпилова, М. Д., (2010), *К проблеме этнокультурной идентификации современного ребенка // Теоретические проблемы этнической и кросс-культурной психологии*. Том 2. Смоленск, с. 293-295.

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПСИХОЛОГОВ В КОНТЕКСТЕ КОМПЕТЕНТНОСТОНОГО ПОДХОДА

Елена БЫЧЕВА

Ключевые понятия: компетентностный подход, компетентность, вектор компетентности, практическая профессиональная деятельность, социально профессиональная компетентность, психологическое мышление, личностно ориентированное обучение, интерактивные методы обучения.

Summary

Given article is devoted discussion of possibility of use competence the approach in the sphere of education of the psychologist of an expert. Competence is defined, how readiness of the expert to join in certain activity or as attribute of preparation for the future professional work. The set competence which the graduate of high school should possess should be result of development of a separate educational program. Optimum educational model for formation of professional competence is, according to the author person the focused training. In article use possibility person the focused model in training of students of psychologists is discussed

В современной педагогике активно обсуждается проблема компетентностного подхода в обучении. Термин «компетентность», «компетентностное обучение» обсуждается исследователями различных направлений: в области психологии, управлении человеческими ресурсами, педагогике, дидактике.

Компетентностный подход отражает основные аспекты процесса модернизации образования – дает ответы на запросы производственной сферы, проявляется как обновление содержания образования в ответ на изменяющуюся социально-экономическую реальность, является обобщенным условием способности человека эффективно действовать за пределами учебных сюжетов и учебных ситуаций, характеризуется возможностью переноса способности в условия, отличные от тех, в которых эта компетентность изначально возникла. Компетентность определяется как готовность специалиста включиться в определенную де-

ятельность или как атрибут подготовки к будущей профессиональной деятельности (Т.М. Ковалева, П.Г. Щедровицкий, А.М. Аронов, И.Д. Фрумин, В.А. Болотов, В.В. Башев, VI. Guțu, V. Chicu, O. Dandra, A. Solcan).

На языке компетентностного подхода результатом освоения отдельной образовательной программы должен быть набор компетенций, которыми обладает выпускник вуза. В русле компетентностного подхода используется термин «вектор компетенции», который подчеркивает направленность процесса обучения, описание проблемы в координатах «учебный процесс» - «коначный результат». «Вектор компетенции» – набор результирующих знаний и навыков, а также перечень вузовских курсов и дисциплин, направленных на формирование этого набора (Задорожный Н.В., Бабенко В.В. (2007)).

«Вектор компетенции» студента психолога можно разложить на следующие составляющие (Задорожный

Н.В., Бабенко В.В. , 2007):

- область практической профессиональной деятельности будущего психолога;
- теоретические фундаментальные знания, позволяющие психологу решать возникающие уникальные задачи;
- прикладные практические навыки, обуславливающие возможность решать типовые задачи;
- упорядоченные по времени и взаимосвязанные учебные дисциплины, призванные сформировать у студентов психологов соответствующий набор фундаментальных знаний и практических навыков.

Необходимо также обратить внимание на формирование **совокупности обязательных личностных качеств компетентного психолога**, степень сформированности которых должна оцениваться в соответствии с требованиями образовательных стандартов. Эта **совокупность включает такие качества как:** ответственность; целеустремленность, ориентация на достижение; организованность; самостоятельность; творческая активность; адаптивность.

Не менее важной для определения **сформированности единой социально-профессиональной компетентности является совокупность умственных действий**, норма функционирования которых должна оцениваться в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов. **Суть этих действий заключается в следующем:** сравнение; анализ; обобщение; систематизация; индукция; дедукция; решение проблем; принятие решения; предвосхищение; соотношение результата действия с выдвигаемой целью. Эти качества являются интел-

лектуальными компонентами психологического мышления – важным элементом компетентности психолога.

И. А. Зимней (2007) была предложена трактовка социальных компетентностей. Ее теоретической основой послужили сформулированные в психологии положения, согласно которым человек есть субъект общения, познания, труда (Б.Г. Ананьев); человек проявляется в системе отношений к обществу, другим людям, к себе, к труду (В.Н. Мясимцев), компетентность человека имеет акмеологический вектор (Н.В. Кузьмина, А.А. Деркач).

С этих позиций были разграничены **три основные группы компетентностей:**

- а) компетентности, относящиеся к самому себе как личности, как субъекту жизнедеятельности;
- б) компетентности, относящиеся к взаимодействию человека с другими людьми;
- в) компетентности, относящиеся к деятельности человека, проявляющиеся во всех ее типах и формах.

Компетентности, относящиеся к самому человеку как личности, субъекту деятельности, общения.

• **Компетентность здоровье сбережения:** знание и соблюдение норм здорового образа жизни, знание опасности курения, алкоголизма, наркомании, СПИДа; знание и соблюдение правил личной гигиены, обихода; физическая культура человека, свобода и ответственность выбора образа жизни.

• **Компетентность ценностно-смысловой ориентации в мире:** ценности бытия, жизни; ценности культуры (живопись, литература, искусство, музыка), науки, производства; истории цивилизаций, собственной страны; религии.

• **Компетентность интеграции:** структурирование знаний, ситуативно-адекватная актуализация знаний, расширение, приращение накопленных знаний.

• **Компетентность гражданственности:** знание и соблюдение прав и обязанностей гражданина; свобода и ответственность, уверенность в себе, собственное достоинство, гражданский долг; знание и гордость за символы государства (герб, флаг, гимн).

• **Компетентность самосовершенствования, саморегулирования, саморазвития:** личностная и предметная рефлексия; смысл жизни; профессиональное развитие; языковое и речевое развитие; овладение культурой родного языка, владение иностранным языком.

Компетентности, относящиеся к социальному взаимодействию человека и социальной сферы.

• **Компетентность социального взаимодействия:** с обществом, общностью, коллективом, семьей, друзьями, партнерами; конфликты и их погашение, сотрудничество; толерантность, уважение и принятие другого (раса, национальность, религия, статус, роль, пол); социальная мобильность.

• **Компетентность в общении:** устном, письменном, диалог, монолог; порождение и восприятие текста; знание и соблюдение традиций, ритуала, этикета; кросс-культурное общение; деловая переписка, делопроизводство, бизнес-язык, иноязычное общение, коммуникативные задачи, уровни воздействия на реципиента.

Компетентности, относящиеся к деятельности человека.

• **Компетентность познавательной деятельности:** постановка и решение познавательных задач; нестан-

дартные решения; проблемные ситуации (их создание и разрешение); продуктивное и репродуктивное познание, исследование, интеллектуальная деятельность.

• **Компетентность деятельности:** игра, учение, труд; средства и способы деятельности (планирование, проектирование, моделирование, прогнозирование); исследовательская деятельность; ориентация в разных видах деятельности.

• **Компетентность информационных технологий:** прием, переработка, выдача информации (чтение, конспектирование); масс-медийные, мультимедийные технологии, компьютерная грамотность; владение электронной, интернет-технологиями.

Ядром формирования компетентности психолога является психологическое мышление. Так как мастерство психолога заключается в способности глубоко и точно понимать внутренний мир другого человека, потребности, оценивать как личность и близко к реальности улавливать его своеобразие, для этого необходимо сформировать профессионально значимые качества мышления, основанные на знаниях и практике главный показатель профессионального мастерства – умение психолога понять причину того явления, с которым он столкнулся, это подразумевает качественный анализ ситуации. Профессиональный психолог видит и понимает человека, владеет методами клинической беседы и др.

Так, критериями достижения уровня профессиональной компетентности психолога можно считать:

- ориентированность на предстоящую психологическую деятельность;
- развитое творческое мышление;

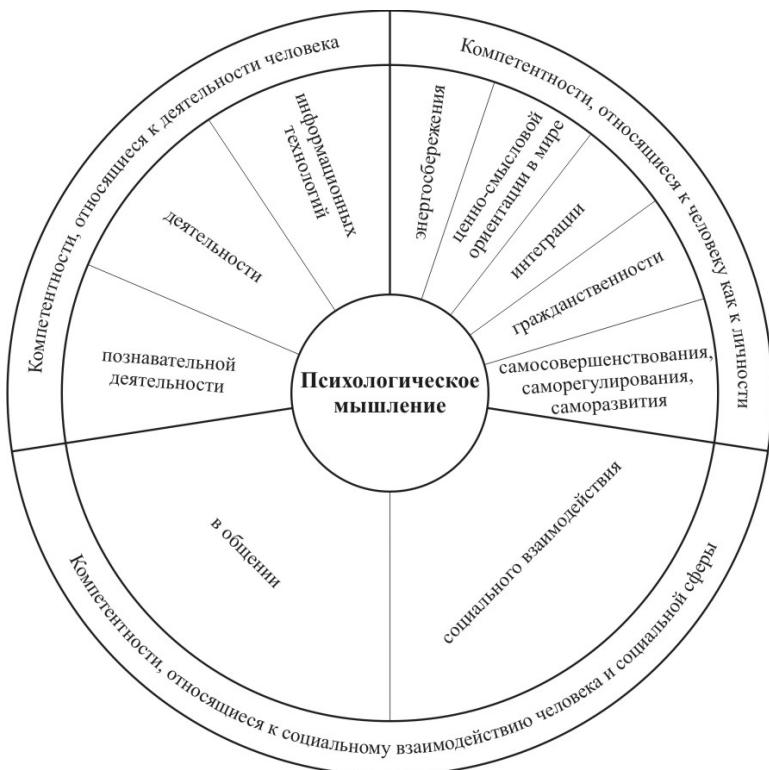


Рис. 1 Социальные компетентности психолога

- соответствующую степень самоорганизации в организации и развитии деятельности (умение осознать и планировать цели деятельности, умение самостоятельно приобретать знания, умение организовать интеллектуальную деятельность);

• знание и понимание роли психогенных факторов, связанных со школьной действительностью;

• умение выявлять нервно-психические нарушения школьников, заботиться о предупреждении нервно-психических и психосоматических заболеваний;

• умение работать с «трудными» детьми индивидуально;

• конкретные умения при исполь-

зовании методов наблюдения, беседы и дискуссии (Шадриков В.Д., 2004; Зимняя, И.А., Лаптева М.Д., Морозова Н.А. и , 2007)

Наиболее благоприятной образовательной моделью для формирования профессиональной компетентности является личностно-ориентированное обучение (ЛОО). Занятия в русле концепции ЛОО строятся по привычной схеме: «введение – основная часть – заключение», однако этапы носят несколько другое название, и функции их тоже изменяются.

Первый этап – ВЫЗОВ, функции которого:

- актуализировать и проанализировать имеющиеся знания и представ-

ления по изучаемой теме;

- пробудить к ней интерес;
- активизировать обучаемого, дать ему возможность целенаправленно думать, выражая свои мысли собственными словами;
- структурировать последующий процесс изучения материала.

Второй этап – ОСМЫСЛЕНИЕ.

Суть: поиск стратегии решения поставленной проблемы и составления плана конкретной деятельности; теоретическая и практическая работа по реализации выработанного пути решения. Функции этапа:

- получение новой информации;
- ее осмысление (в том числе необходимо перечитывать часть текста в том случае, если учащийся перестает его понимать, воспринимая сообщение, задавать вопросы или записывать, что осталось не понятно для прояснения этого в будущем);
- соотнесение новой информации с собственными знаниями. Обучаемые

сознательно строят мосты между старыми и новыми знаниями, для того, чтобы создать новое понимание;

- поддержание активности, интереса и инерции движения, созданной во время фазы вызова.

Третий этап – РАЗМЫШЛЕНИЕ, функции которого:

- выражение новых идей и информации собственными словами;
 - целостное осмысление и обобщение полученной информации на основе обмена мнениями между обучаемыми друг с другом и преподавателем;
 - анализ всего процесса изучения материала;
 - выработка собственного отношения к изучаемому материалу и его повторная проблематизация (новый «вызов»).
- На всех этапах необходимо включать активные и интерактивные методы обучения для формирования различных типов компетенций. Можно использовать следующие техники:

Таблица 1

Использование интерактивных техник на различных стадиях занятия.

(по материалам семинаров ЕСС)

Стадия (фаза)	Деятельность преподавателя	Деятельность студента	Возможные приемы и методы данной фазы
Стадия вызова	Вызов уже имеющихся знаний; задает вопросы, на которые хотел бы получить ответ. Информация, полученная на первой стадии, выслушивается, записывается, обсуждается, работа ведется индивидуально в парах и в группах.	- Вспоминают и анализируют имеющиеся знания по данной теме; - систематизируют информацию до ее изучения; - задают вопросы, на которые хотят получить ответы; - строят предположения о содержании текста, исходя из заголовка, выделенных слов и т.д.; - публично демонстрируют свои знания с помощью устной и письменной речи.	1) Составление списка известной информации по вопросу. 2) Рассказ-активизация по ключевым словам. 3) Систематизация материала (графическая): кластеры, таблицы. 4) Верные и неверные утверждения; перепутанные логические цепочки и т.д.

Стадия осмыслиения	<p>Сохранение интереса к теме при непосредственной работе с новой информацией. Непосредственный контакт с новой информацией (текст, фильм, лекция, материал параграфа), работа ведется индивидуально в парах и в группах.</p>	<p>- Читают или слушают текст, используя предложенные педагогом активные методы чтения;</p> <p>- делают пометки на полях или ведут записи по мере осмыслиения новой информации.</p>	<p>Методы активного чтения: 1) Маркировка с использованием значков «v», «+», «-», «?» (по мере чтения ставятся на полях справа).</p> <p>2) Ведение различных записей типа двойных дневников, бортовых журналов. 3) Поиск ответов на поставленные в первой части урока вопросы.</p>
Стадия размышления	<p>Вернуть учащихся к первоначальным предположениям, установление причинно-следственных связей между блоками информации; Творческая переработка, анализ, интерпретация изученной информации, работа ведется индивидуально в парах и в группах.</p>	<p>- Соотносят новую информацию со «старой», используя знания, полученные на стадии осмыслиения;</p> <p>- классифицируют и систематизируют, рождение новых целевых установок для дальнейшей самостоятельной работы;</p> <p>- своими словами выражают новые идеи и мысли;</p> <p>- обмениваются мнениями друг с другом, аргументируя свою точку зрения;</p> <p>- анализируют собственные мыслительные операции и чувства;</p> <p>- самооценка и самоопределение.</p>	<p>1) Заполнение таблиц, кластеров, внесение изменений, дополнений в сделанные на первой стадии.</p> <p>2) Возврат к ключевым словам, верным и неверным утверждениям.</p> <p>3) Ответы на поставленные вопросы.</p> <p>4) Организация устных и письменных круглых столов.</p> <p>5) Организация различных видов дискуссий.</p> <p>6) Написание творческих работ: пятистишия-синквейны, эссе.</p> <p>7) Исследования по отдельным вопросам темы.</p> <p>8) Творческие, исследовательские или практические задания на основе осмыслиния изученной информации.</p>

- Развитие критического мышления через чтение и письмо;
- Рассуждение на тему; Двойной дневник; Доклад - пиктограмма; Торнадо; Квадраты;
- Знаю, Хочу узнать, Узнал;
- Мозаика; Кластеризация; Метод ФРИСКО;
- Дерево мудрости; Работа с вопросами по таксономии Блюма и др..

В таблице 1 представлены стадии и примерное содержание деятельности преподавателя и студента, а так же возможные приемы и техники, которые можно использовать на данной стадии.

Современное общество выдвигает четкие, довольно строгие требования в отношении профессионализма психологов. Выпускник психолог должен соответствовать этим требованиям, должен быть компетентен в профессиональном, в интеллектуальном, в социальном и в личностном планах. Речь идет о личностных и интеллектуальных качествах, которые только могут обеспечить в единстве с профессиональными компетенциями полноту выполнения молодыми специалистами любой профессиональной деятельности в предметном и социальном контекстах.

Библиография:

1. Chicu, V., Dandra, O., Solcan, A., coord. Guțu, V., (2008). *Psihopedagogia centrală pe copil*. – Ch.: CEP USM.

2. Chicu, V., Dandra, O., Goraș-Poștică V., (2009). *Educația centrată pe cel care învăță: Ghid metodologic*. Ch.: CEP USM.

3. Focșa-Semionov S. (2010). Învățarea autoreglată: teorii și aplicații educaționale. – Ch.: Epigraf.

4. Бычева Е. (2010). Особенности обучения студентов психологов в контексте личностно-ориентированного обучения. *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*, № 2 (19).

5. Задорожный В. Н., Бабенко В. В., (2007). *Позиционирование выпускников специальности «Прикладная информатика» на рынке труда и особенности их профессиональной подготовки*. Высшее образование сегодня, № 12.

6. Зимняя И. А., Лаптева М. Д., Морозова Н. А. (2007). *Социальные компетентности выпускников вузов*. Высшее образование сегодня, № 11.

7. Шадриков В. Д., (2004). *Новая модель специалиста: инновационная подготовка и компетентностный подход*. Высшее образование сегодня, № 8.

PSIHOLOGIE CLINICĂ

*„Sănătatea este baza pe care se sprijină fericirea individuală.
Grija pentru sănătate este prima sarcină a fiecărui om”.*

B. Disraeli

MODALITĂȚI DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ ÎN ULCERUL GASTRIC ȘI DUODENAL

Veronica CALANCEA

Termeni-cheie: adaptare, bolnav, intervenție psihologică, corectare, particularitățile personalității, profilaxie, psihoterapie, sfera afectivă, ulcer gastric și duodenal.

Summary

It is known that any appeal to the emotional-affective sphere of mental life will mobilize forces against the conservator having somatic disorders or mental balance, this is equivalent to psychotherapeutic interventions. Practical aspect is checked for secondary somatic disorders such as neurotic reactions, conflicts and frustrations that have a crucial pathogenetic role. Psychotherapy aimed at restoration psychic balance through liquidation situations of conflict or frustration will result in somatic cells of patients suffering healing.

Este cunoscut faptul că orice apel la sfera emoțional-afectivă a vieții psihice va mobiliza forțe cu efect restaurator împotriva tulburărilor echilibrului psihic sau somatic - aceste intervenții având valoare psihoterapeutică. Aspectul se verifică practic în cazul afecțiunilor somatice secundare unor reacții de natură nevrotică, în care conflictele sau frustrările au un rol patogenetic esențial. Psihoterapia vizând restaurarea echilibrului psihic, prin lichidarea conflictelor sau a situațiilor de frustrare, are ca rezultat vindecarea suferințelor somatice ale pacienților.

În cazurile menționate, psihoterapia trebuie să rezolve stările de tensiune actuală ale bolnavilor, conducând la o reorganizare și o integrare a personalității acestora. Ea are, în mod egal, sarcina să conștientizeze factorii dinamici care, ac-

tionând asupra vieții psihice a bolnavului, să conducă la restabilirea echilibrului sufletesc al acestuia.

În tratamentul afecțiunilor somatice ce sunt generate de nevroză, trebuie să avem în vedere ce tehnici de psihoterapie utilizăm și cum trebuie condusă acțiunea psihoterapeutică. Acest fapt este deosebit de important din punct de vedere practic, întrucât orice bolnav refuză să “vadă” în afecțiunea sa somatică o “manifestare psihică” anormală. Prin urmare, cooperarea cu bolnavul este esențială și ea necesită o pregătire specială și minuțioasă a medicului înaintea alegerii și instituirii psihoterapiei. În sensul acesta, deosebim trei momente în acțiunea psihoterapeutică ca ajutor în bolile psihosomatice: acceptarea psihoterapiei, materialul psihodiagnostic și situația psihoterapeutică propriu-zisă [2, p.320].

1. Acceptarea psihoterapiei. La baza unor afecțiuni somatice poate sta o “insuficiență realizare a destinului uman”, susține R. Pierloot, exprimând în felul acesta punctul de vedere al celor mai mulți specialiști în domeniul sănătății mentale. Astfel considerată, boala este interpretată ca o “soluție a unui echilibru indispensabil”, legată fiind de anumite situații de eșec ale persoanei. J. Groen și J. Bastiaans vorbesc despre o “deplasare a sindroamelor” din sfera psihică în cea somatică, în sensul că anumite boli psihice se pot manifesta prin suferințe exclusiv somatice ca aparență clinică. Este ceea ce, la vremea sa, S. Freud, înaintea introducerii conceptului de “boală psihosomatică”, a denumit “fenomenul de conversiune somatică”. Alteori, afecțiunile psihice pot alterna cu afecțiuni somatice, ambele având o etiologie comună.

Se consideră că în toate cazurile de afecțiuni psihosomatische avem de-a face cu manifestările unei personalități cu tulburări psihice importante și specifice, în special de natură nevrotică, legate de conflicte relationale cu mediul, probleme de adaptare, frustrări etc. Un alt aspect care trebuie menționat este caracterul funcțional al acestor tulburări, care deși “zgomotoase” din punct de vedere clinic, nu implică gravitatea unor afecțiuni somatice sau psihice independente. De acest aspect este legat și succesul spectacular al psihoterapiei în cazul afecțiunilor psihosomatische.

De asemenea, trebuie să ținem seama în abordarea terapeutică a acestei categorii de bolnavi de faptul că, de regulă, aceștia au mai multă nevoie de a fi considerați bolnavi decât de a fi vindecați. Acest aspect relevă o nouă dimensiune, absolut specifică patologiei psihosomatische, și anume caracterul de «refugiu în

boală» al persoanelor traumatizate nevrotic; bineînțeles că aceasta este o trăsătură, dar nu o regularitate [2, p. 321].

2. Materialul psihodiagnostic. Este obligatoriu să se stabilească cu exactitate natura afecțiunii, cauzele care au produs-o și existența unei relații de natură “funcțională” somatopsihică între acestea.

Psihanaliza clasică recomandă în aceste cazuri utilizarea liberei associații, analiza viselor bolnavului, interpretarea discursului acestuia, ca mijloace de explorare a dorințelor refulate sau a inhibițiilor din copilărie ale bolnavilor. Ulterior, se va porni de la acestea în acțiunea de restaurare a echilibrului perturbat.

Se poate însă utiliza cu succes și metoda interviului clinic, care poate aduce importante și numeroase date legate de factorii psihotraumatizanți recenti care au determinat perturbările psihodinamice ale vieții psihice a bolnavului.

3. Situația psihoterapeutică. În instituirea psihoterapiei bolilor psihosomatische se insistă în mod deosebit asupra importanței atmosferei, a mediului în care aceasta se desfășoară [3]. Pentru obținerea unor rezultate pozitive, este necesar să se creeze o ambianță terapeutică deschisă, caldă, securizantă, primitoare, care să compună un spațiu de intimitate comunicatională între medic și pacient. Acest aspect este indispensabil, întrucât orice psihoterapie este un contact interuman în care personalitatea medicului și ambianța acestei relații joacă un rol deosebit de important pentru bolnav. Trebuie adoptată o atitudine lipsită de echivoc și comprehensivă față de pacient. Acesta trebuie să “simtă” că psihoterapeutul îl este permanent aproape, că îl susține și îl încurajează. Încrederea bolnavului în psihoterapeut este condiția creditului acordat procesului

de vindecare. Mulți pacienți cu afecțiuni somatice generate de factorul psihologic vin la psihiatru-psihoterapeut, după ce multă vreme au colindat prin spitale, cabinețe de consultații și la medicii de diferite specialități, fără succes. Acești bolnavi sunt persoane obosite, epuizate, descurajate, adesea resemnate în fața situației.

Această latură a problemei este deosebit de importantă. Trebuie redată încrederea bolnavului în vindecarea sau cel puțin în ameliorarea sau "schimbarea situației", ca prim pas către instituirea psihoterapiei și a credibilității acesteia. În plus, acești bolnavi sunt de două ori traumatizați psihic. Întâi, este vorba de psihotraumatismul nevrotic care a declanșat afecțiunea psihosomatică, apoi de psihotraumatismul cauzat de repetatele întâlniri eșuate cu medicii de diferite specialități și tratamentele experimentate, dar lipsite de eficiență. Bolnavii sunt descurajați sau disperați. În acest caz, "situația psihoterapeutică" poate realiza o destindere a tensiunii intrapsihice a bolnavului, a angoașei sau fobiilor acestuia legate de boala respectivă, inaugurând, în fapt, procesul de catharsis.

Având în vedere toate particularitățile personalității bolnavului somatic, reacția la boala, varietatea dereglașilor nepsihotice ale sferei psihice, influența psihoterapeutică asupra pacienților somatici trebuie să fie sistemică și multinivelară, orientată în **trei direcții de bază**, în fiecare evidențiuindu-se câteva nivele [11]:

I – direcția biologică, în care se evidențiază **cinci nivale** de realizare a influenței psihoterapeutice:

- organism – influența asupra întregului organism ca un sistem biologic total;
- sisteme funcționale – ansamblul sistemelor fiziologice, care acționează re-

ciproc în îndeplinirea unui lucru anumit;

- sistem fiziologic – sistemul digestiv;
- organ – de exemplu, sugestiona-re senzației de căldură în regiunea gas-trică;
- grupe separate de celule – reliza-re influenței hipnotice la nivel de celulă.

II – direcția psihologică, în care se evidențiază **trei nivale**:

- personalitate – nivelul superior și total, care presupune corecția orientărilor (montărilor) personalității, sistemului valoriilor morale;
- fenomenelor psihice – percepție, emoții, memorie, gândire;
- particularităților individuale ale fenomenelor psihice – de exemplu, întări-re și potențarea încrederii în sine, calmului, tăriei de caracter...

III – direcția socială, care include trei nivale:

- readaptare macrosocială a personalității – corecția sau reinstalarea pozi-ției de rol a personalității în grupuri sociale mari;
- readaptare microsocială a personalității – corecția sau reinstalarea pozi-ților de rol microsocial în familie și alte grupuri microsociale;
- autoreabilitare.

În procesul influenței psihoterapeutice se evidențiază trei etape [11]:

1. În influență sedativ-adaptativă – 1-2 ședințe efectuate individual sau 2-3 de grup

- stabilirea contactului emoțional cu pacientul;
- formarea încrederii în medic/psi-hoterapeut, atitudinea adecvată față de psihoterapeut;
- dezactualizarea simptomatologiei neurotice acute.

În această etapă se folosește:

- hipnosugestia
- terapia rațională
- terapia simptomatică
- artterapia
- biblioterapia

2. Tratament-corectare – 2-3 ședințe efectuate individual sau 4-6 de grup:

- atingerea dinamicii pozitive a stării emoționale a bolnavului;
- conștientizarea de către bolnav a relației dintre factorii și manifestările dereglașilor neurotice cu particularitățile personalității și comportamentului, conflictelor, problemelor emoționale nerezolvabile;
- corectarea ariei retrăirii maladiei, a importanței sociale;
- restaurarea personalității bolnavului, sistematizării relațiilor lui, readaptării în macro- și micromediu.

În această etapă se practică:

- terapia rațională
- autosugestia
- autoreglarea emoțională
- hipnosugestia
- sugestia reală
- terapia patogenetică
- terapia colectiv-grupală

3. Tratament profilactic-de întărire (de ancorare) – 1-2 ședințe individual sau 2-3 de grup:

- *întărirea* rezultatului terapeutic atins și formarea deprinderilor autoreglării psihice;

○ *corecția* sistemului scopurilor viabile, valorilor, atitudinii față de boală și de Eul său și față de mediul înconjurător.

În etapa profilactică-de întărire se folosește:

- psihoterapia rațională
- umorul
- jocul de rol

- râsul
- artterapia
- biblioterapia

Specificul psihoterapiei pacienților în caz de dereglașuri gastrointestinale constă în influențarea asupra componentelor neuropsihice ale etiopatogenezei maladiei, și anume în evidențierea și corecția sistemului factorilor „agresiunii” și „apărării”, care acționează la nivel psihologic. Comitetent, dereglașarea sistemului gastrointestinal se privește ca o caracteristică integrală a dereglașilor în sistemul particularităților personalității, reglașii neuroendocrine și sistemului visceral al organelor gasrice, care este de natură ontogenetică [10]. Însărcinările de bază ale influenței psihoterapeutice sunt corecția și profilaria dereglașilor psihologice, adaptarea psihologică la condițiile mediului extern, învățarea unui mod de viață sănătos și de-prinderilor de înfruntare a stresului.

Un punct esențial este nedoința pacientului psihosomatic de a recunoaște problemele sale din sfera psihică, precum și frica în fața psihoterapeutului. O sarcină importantă este de a scoate în evidență evenimentele psihotraumatizante. Această sarcină poate fi îndeplinită în câteva etape:

- * stabilirea raportului cu pacientul;
- * evidențierea problemelor lui esențiale;

* trecerea peste aceste probleme în scopul diminuării încordării emoționale negative acumulate;

- * restabilirea perspectivei pozitive.

Una dintre sarcinile terapiei bolnavului psihosomatic este eliberarea lui de montările cognitive dure; de tabu-urile avute, apărute în urma particularităților social-psihologice ale stresorilor; formelor de compensare și apărare psihologică; ușurarea eliberării de emoții prin canale

alternative, care nu duc la încordarea pacientului și sunt binevenite pentru societate [11].

Ca ținte pentru lucrul psihoterapeutic pot servi :

- nivelul înalt al anxietății ca indiciu al prelucrării eşuate a conflictului psihologic;
- complexul integrat al atitudinii față de boala, care mărturisește despre relativitatea adaptării social-psihologice a bolnavilor;
- relațiile dizarmonice organizate ale caracteristicilor psihologice ale personalității, ce ușurează și predispun la eşuarea procesului psihosomatic adaptativ-compensator;
- limitarea „spectrului” mecanismelor de apărare folosite și strategiile de comportament neadecvate.

În acest caz psihoterapia este îndreptată în primul rând la conștientizarea imposibilității realizării concomitente a dorințelor contrarii, deci, acesta este lucrul cu alegerea și acomodarea, sursele, istoria familiei și multe alte componente ale vieții omenești. Lucrul psihoterapeutului este orientat la creșterea personală și maturizarea pacientului.

În faza acutizării bolii cu bolnavul trebuie purtate discuții orientate la schimbarea comportamentului și rezolvarea unor probleme din viața cotidiană. Doar cu timpul, în decursul psihoterapiei, pacientul trebuie ajutat să înțeleagă funcțiile somatice, participante în patogeneza ulcerului. Pentru relațiile cu pacienții este folositor ca medicul curant/psihoterapeutul să determine din ce tip de bolnav face parte pacientul său. *Tipul pasiv* al pacientului cu ulcer caută apărare în con vorbirile cu medicul/psihoterapeutul, pe când cel *hiperactiv* necesită o altă tactică: trebuie

avută în vedere ezitarea bolnavului între dorința de independență și totodată nevoieitatea în dependență pasivă.

În cazul bolnavilor cu ulcer gastroduodenal se recomandă autotrainingul [13]. Ca și în alte multe stări psihosomatische, trainingul în grup are mai multe priorități în comparație cu cel individual. Pentru *tipul hiperactiv* este important să știe că poate fi activ și în stare de relaxare, fără agitație. Transferul pozitiv asupra terapeutului are de asemenea prioritate în acest fel de terapie.

Mai întâi vom avea grija ca pacientul să primească ajutorul necesar. Pentru aceasta medicul trebuie să înțeleagă sensul simptomului, să explice pacientului esența necesității de a face mai multe investigații, de a lua medicamentele prescrise, de a face operație. Bolnavul cu ulcer gastroduodenal, în mod paradoxal, se poate stabiliza psihic după o intervenție chirurgicală. În acest sens vorbim despre „psihosomatica cu cuțitul”. După o astfel de legalizare chirurgicală a statutului de bolnav societatea va avea față de el atitudinea ca față de „un pacient adevărat”. Acum el poate liber să-și exprime dorințele sale de dependență fără frica de a primi porecla de ratat, ghinionist – de starea care este simțită de unii bolnavi psihosomatici. Vom menționa că la tratamentul chirurgical, mai ales în etapele lui inițiale, există pericolul specific că problema psihică rămâne deschisă, cu posibilitatea schimbării simptomelor, în timp ce dinamica inconștientă a conflictului persistă în continuare.

Atragerea familiei bolnavului sporește eficiența terapiei [4]. Luban-Plozza a propus pentru pacienții psihosomatici confruntarea familiei.

Familia formează o unitate organică

în care membrul bolnav devine purtătorul conflictelor familiale. Înviorearea forțelor emoționale în confruntarea familiei poate economisi timpul pentru tratament. Cu cât mai mult familia simte asupra sa responsabilitatea pentru ajutor în tratament, cu cât mai mult bolnavul se simte înțeles, cu atât mai multe șanse sunt pentru însărișoare.

Atragerea familiei în procesul terapeutic este ceva valoros și de aceea că pacienții cu ulcer des au o anamneză complicată în această privință. În astfel de relații în familie, cu partenerul sau copiii, ei sunt izvorul multiplelor conflicte. Confruntarea familiei are totodată și un efect de profilaxie, deoarece într-o anumită măsură ajută la contracararea psihologică a moștenirii de a avea ulcer. Eliminarea greutăților înțelegerii reciproce și conflictelor intrafamiliale poate evita deregările precoce, tipice bolnavilor cu ulcer, a interacțiunii la copiii generațiilor următoare.

Au succese metodele gestalt-terapiei, analizei tranzacționale, art-terapiei, psihodramei, terapia corporală, psihoterapia cognitivă, psihoterapia pozitivistă, traingul psihosomatic, reflexoterapia.

Tehnicile de relaxare, strategiile de management al stresului și tratamentul anxietății duc la ameliorarea simptomatoalogiei și prevenirea recurențelor în ulcerul gastroduodenal și esofagita de reflux. Curtz și colab. susține că rolul biofeedbackului rămâne încă să fie clarificat [7].

Ulcerul gastroduodenal pare a fi legat de tulburările de tip anxios în sensul că au o parte de etiologie comună. Tulburările de tip anxios se asociază în mod semnificativ cu boala ulceroasă raportată. Cu cât există mai multe simptome de anxietate, cu atât mai probabil este ca pacientul să dezvolte un ulcer peptic. Pe de altă parte, boala

ulceroasă însăși poate conduce la sindrom anxios, astfel că se consideră că în general anxietatea marcantă în combinație cu infecția cu Helicobacter pylori duce la ulcer gastroduodenal. În afecțiunile greu tratabile, precum ulcerul gastroduodenal, terapia suportivă poate da rezultate spectaculoase.

Tehnicile psihoterapeutice ce pot fi utilizate în terapia ulcerului peptic combină elemente de psihologie jungiana, gestalt-terapie, hipnoterapie ericksoniană, teoria relației obiectuale, psihologia umanistă și teoria comunicării avansate, în cadrul imageriei interactive ghidate.

Pacientul este invitat să-și formeze o imagine care reprezintă un anumit simptom medical cu care se confruntă, și apoi să inițieze un dialog imaginar cu acea imagine pentru a o întreba de ce se află acolo, ce dorește, de ce are nevoie, spre ce se îndreaptă și ce are de oferit.

O altă abordare este meloterapia: muzica lentă, cu ritm constant, pentru a promova relaxarea și a reduce stresul. Deoarece ulcerul duodenal poate fi expresia somatizării conflictelor intrapsihice, poate beneficia de asemenea de tratament psihanalitic și implicit de hipnoanaliză. Din punct de vedere psihanalitic mulți pacienți cu ulcer au o dorință pentru dragoste, sprijin și dependență, și au nevoie să le primească pe cale orală, ca și mâncarea pe tubul digestiv, iar dacă aceste dorințe sunt frustrate poate apărea ulcerul duodenal [7].

Cel mai frecvent, terapia ulcerului gastric și duodenal implică relaxarea, hipnoza, imageria ghidată și terapia cognitiv-comportamentală.

Protocolul hipnoterapeutic include 6 ședințe de terapie în care se folosește imageria, cu vizualizare pentru controlul

secreției gastrice și casete audio pentru autohipnoză, în paralel cu medicația antiulceroasă pe o durată de 10 săptămâni.

Unii autori recomandă o durată minimă a tratamentului de 8-12 săptămâni. Giles recomandă tehnicele de relaxare și managementul stresului, cu ședințe terapeutice de 1 oră, din care o jumătate de oră pacientul ascultă tehnici de relaxare înregistrate pe suport audio. Durata totală a terapiei este de 8 săptămâni.

Alții adepti ai relaxării progresive ca tehnică utilizată în terapia ulcerului gastroduodenal sunt Shaw și Ehrlich, care lucrează pe aspectul durerii cronice în 6 ședințe. Pacienții au primit casete audio pe care să le asculte acasă, cel puțin o dată pe zi. Tehnicile de relaxare reduc stresul prin ameliorarea simptomatologiei bolii ulceroase.

Relaxarea profundă, urmată de metafora locului preferat constituie metoda asocierei, utilizată tocmai cu scopul reducerii stresului. În restructurarea cognitivă pacientul este ghidat printr-o succesiune de șase etape: *conștiință, explorare, implicare, implementare, internalizare și comportament stabilizat*.

Pacientului i se cere să-și imagineze un eveniment stresant și secvențele de răspuns negativ sau care conduc la autoînfrângere. Apoi pacientul își imaginează aceleași secvențe, dar de această dată restructurate pozitiv. Pacienții la care s-au aplicat tehnicele de restructurare cognitivă au fost tratați în 7 ședințe, și pentru grupul abordat prin hipnoză în combinație cu restructurarea cognitivă rezultatele au fost mult mai bune decât pentru celelalte grupuri. În același context, Wilhelmsen și colab. spun că terapia cognitiv-comportamentală în 10 ședințe dă rezultate remarcabile [5].

Colgan și colab. accentuează că prin hipnoză clientul este ajutat să-și formeze o imagine despre boala sa, să vizualizeze durerea sau ulcerul. Prin imagerie este influențat sistemul nervos autonom și se promovează schimbări fiziologice specifice care asigură însănătoșirea. Corpul are tendința de a răspunde la imagerie de parcă ar fi o experiență externă reală. Imageria are efect asupra respirației, frecvenței cardiace, presiunii sangvine, metabolismului celular, motilității gastrointestinale și secreției, funcției sexuale, nivelului de cortizol, lipidelor sangvine și răspunsului imun. Sunt utilizate vizualizarea simplă, sugestii directe folosind imageria, metaforele și povestirile, explorarea fanteziilor, interpretarea viselor, desenul și imaginea activă, în care elemente ale inconștiștientului sunt invitate să apară ca imagini care pot comunica cu mintea conștiință, imaginile influențându-ne credințele și atitudinile legate de îmbolnavire și însănătoșire.

O tehnică de imagerie frecvent utilizată în terapia ulcerului gastroduodenal este aceea în care durerea este imagineată ca un foc în stomac, iar un râuleț de munte rece ca gheăta stinge focul și răcește porțiunea arsă de dedesubt. Relaxarea combinată cu imageria ghidată ajută la îndepărțarea durerii.

Tot pentru durerea cronică este folosită metafora sanctuarul interior, unde este descris un loc, un sanctuar, în care nu există durere. O altă metaforă – consilierul interior, este deosebit de utilă pentru pacienții care se află în fața unor decizii legate de boala și care pot să-și exploreze astfel sentimentele legate de diferite opțiuni pe care le iau în considerare [12]. Alții hipnoterapeuți consideră psihanaliza mai utilă în tratamentul ulcerului gastro-

duodenal, pentru că traumele din copilărie și sentimentele reprimate sunt implicate în geneza acestei afecțiuni. Olafur S. Pelsson susține că transa hipnotică însăși, fără a fi însușită de vreo sugestie, încetinește motilitatea gastrointestinală. Transa hipnotică acționează asupra musculaturii stomacului, iar stările emoționale de tip fericire, obținute prin hipnoză, suprimă activitatea mușchilor gastrici. [12]

În contrast cu această părere, Tarunis propune o procedură hipnotică strategică pentru managementul stresului în afecțiunile gastrointestinale, structurată în trei ședințe de bază.

Pentru prima ședință este propusă inducția, urmată de relaxare pe fond muzical, adâncirea transei prin imagerie cu descrierea unei plaje, apoi sugestii pentru a influența stresul, legate de calm și relaxarea activă, și în final ieșirea din transă. După ieșirea din transă urmează o nouă inducție scurtă, apoi se spune pacientului să repete, că în fiecare zi va fi din ce în ce mai relaxat și repetând această afirmație i se cere să practice autohipnoza. Se propune o casetă cu tehnica de relaxare pe care să o asculte cel puțin o dată pe zi, împreună cu autohipnoza, la interval de 2-3 ore. [12]

În a doua ședință terapeutică se practică o inducție scurtă, adâncirea transei prin imagerie pe fond muzical, în care pacientului i se descriu anotimpurile, urmând apoi sugestia că pacientul a știut dintotdeauna multe lucruri pe care le aude în timpul terapiei. Urmează o tehnică de relaxare, sugestia posthipnotică pentru a extinde calmul, relaxarea, liniștea și pacea la viața de zi cu zi, apoi descrierea momentului prezent, ceea ce se întâmplă în momentele de furie, și se cere să înlocuiască mânia cu dragoste, pentru ca la ie-

șirea din transă să i se sugereze păstrarea în continuare a sentimentelor de relaxare, pace, calm, iar în final ieșirea din transă. Pentru a treia ședință de terapie Tarunis propune o inducție în care se descrie respirația abdominală, o tehnică de relaxare, imageria unui loc liniștit, calm, cu adâncirea transei, imagerie în care se descrie problema gastrointestinală a pacientului. I se cere să-și imagineze că în tracțul gastrointestinal se află o mică sirenă care poate atinge zonele afectate pentru a le vindeca, apoi își imaginează cum arată ulcerul în stomac, anticiparea cât de bine se va simți fără ulcer, se sugerează creșterea fluxului sangvin spre ulcer cu celulele imune care ajută la vindecare [1].

O altă tehnică este aceea în care, în transa hipnotică, se sugerează că persoana tocmai mănâncă, apar contractiile gastrice, care apoi sunt inhibate pe masură ce persoana ingurgitează mancare în timpul hipnozei. Hipnoterapia, terapia prin relaxare și terapia cognitiv-comportamentală sunt cele mai utile în tratamentul ulcerului gastroduodenal.

Recomandări generale:

Includerea obligatorie a psihologului-psihoterapeut în grupul specialiștilor din cadrul spitalului în secțiile gastroenterologie și chirurgie. Psihologul din această secție trebuie să:

1. discute cu pacientul nu mai puțin de 30 min;
2. efectueze ședințe de profilaxie și preventie a stresului, cu participarea pacienților cu ulcer și a medicilor;
3. învețe pacienții cu ulcer utilizarea metodelor de relaxare;
4. utilizeze formele modificate de psihoterapie pentru ameliorarea stării sănătății pacienților cu ulcer;
5. includă familia pacientului în rea-

bilitarea psihologică a pacienților cu ulcer;

6. informeze lucrătorilii medicali la următoarele subiecte:

- Cum să ascult empatic pacientul?
- Stresul zilnic și metodele de combatere a lui
- Conexiunea emoție - boală

Recomandări pentru evitarea ulcerului:

- ◆ Excludeți fumatul;
- ◆ Creați-vă o ambianță confortabilă în familie;
- ◆ Evitați administrarea medicamentelor fără recomandarea medicului;
- ◆ Evitați cofeina și alcoolul (sau consumați-le numai în cantități mici și pe stomacul plin);
- ◆ Evitați băcătele picante;
- ◆ Consultați medicul de familie pentru un control medical periodic;
- ◆ Evitați factorii agresivi fizici și psihici.

Bibliografie

1. Александер Ф., (2004), *Психосоматическая медицина*. Институт Общегуманитарных Исследований, М., 336 с.

2. Cozmovici A., (1996), *Psihologie generală*. Ed. Polirom, Iași, 253 p.

3. Havârneanu C., (2000), *Cunoașterea psihologică a persoanei : posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată*. Ed. Polirom, Iași, 240 p.

4. Hayes Nicky, Orrell Sue., (2005),

Introducere în psihologie. Ed. ALL, București, 544 p.

5. Iamandescu I. B., (1995), *Manual de psihologie medicală*. Ed. Info Medica, București, 280 p.

6. Iamandescu I. B., (1997), *Psihologie medicală. Ediția a II-a*. Ed. Info Medica, București, 315 p.

7. Ioneci Gh., (2002), *Profilaxia și terapia stresului. Măsuri și tehnici de prevenire și combatere a poluării fizice și mentale*. Edit. Hera, București, 192 p.

8. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F., (2000), *Boli psihosomatice în practica medicală* // Ediția a IV-a revăzută și adăugită ; Editura Medicală, București, 235 p.

9. Лазебник Л. Б., (2003), *Реабилитация больных язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки*. Терапевтический архив №2, с.70 - 72

10. Мягков И. Ф., Боков С.Н., (1999), *Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии*. // Уч. для ВУЗов. Изд. Медицина, М., 232 с.

11. Немов Р. С., (2002), *Психология. Книга 3.* // Гуманит.Изд.Центр ВЛАДОС, М., 640 с.

12. Простомолотов В. Ф., (2000), *Комплексная психотерапия*. Изд. Concernul Presa, Кишинев, 303 с.

13. Пушкина Т. П., (1996), *Медицинская психология. Методические указания*. Новосибирский Научный Учебный Центр Психологии НГУ, 244 с.

14. www.asef.ro Disraeli, [Expozitii de Sănătate](#)

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СЛУЧАЯХ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХА СМЕРТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лилия ЯКИМ

Ключевые слова: больной, общение, онкологическое заболевание, психологический портрет, психические нарушения, страх смерти, фрустрация.

Abstract

Within last 10 years growth, cancer diseases which cause concentration of efforts of experts from various areas is observed. Doctors have already started to understand, that diseases often appear on a background of some psychological and social factors.

Therefore as a result of growing interest to psychological and to social factors, illness have started to consider in wider context. The patient is considered not only as the carrier of illness, but as the ill person.

В течение последних десятилетий наблюдается рост раковых заболеваний, которые вызывают концентрацию усилий специалистов из различных областей. Врачи уже начали понимать, что заболевания часто появляются на фоне ряда психологических и социальных факторов. Поэтому в результате растущего интереса к психологическим и социальным факторам, болезнь начали рассматривать в более широком контексте. Пациент рассматривается не только как носитель болезни, но и как заболевшая личность.

Рассматриваются такие факторы как: тип личности пациента, предрасположенность к злокачественным опухолям; психологические реакции на диагноз рака, механизмы защиты и адаптации к болезни. Развитие опухолевого процесса становится не только следствием физических и физиологических факторов, а также психологических и психосоциальных факторов, с учетом экстремальных жизненных ситуаций, сопровождаемых интенсивным опытом стресса.

Совершенствование методов лечения способствует продолжительности жизни больных, тем не менее, сам процесс адаптации к диагнозу обычно проходит тяжело и негативно влияет на качество жизни людей. Возникновение опасности для жизни, страх перед болезнью и смертью ведут к ощущению беспомощности и депрессии, отсутствия уверенности в завтрашнем дне. Эти составляющие привели нас к проведению исследований, которые позволили бы остановиться на некоторых психологических проблемах, которые могут повлиять на интенсивность переживания страха смерти как реакция на раковое заболевание. Прежде всего, потому, что лечение рака в современном мире невозможно без привлечения психологических услуг.

Психологический портрет онкологического больного. Многие пациенты пытаются понять, что такое рак и отчего он бывает. Большинство из них задают и еще один вопрос: «Почему я?» Многие потеряли из-за рака кого-то из близких или же просто слышали об ужасах этого

заболевания. Поэтому они считают, что рак - это сильный и могущественный недуг, способный поразить организм человека и полностью его разрушить. На самом деле, наука о клетке - цитология - свидетельствует об обратном. Раковая клетка по своей природе слаба и плохо организована. Рак начинается с клетки, содержащей неправильную генетическую информацию, что делает ее неспособной выполнять отведенные ей функции. Эта клетка могла получить неверную информацию вследствие вредного химического воздействия, по другим внешним причинам или просто потому, что в процессе постоянного воспроизведения миллиардов клеток организм время от времени допускает ошибки. Если эта клетка начинает воспроизводить другие клетки с тем же самым нарушением генетической структуры, возникает опухоль, состоящая из большой массы атипичных клеток [16]. Обычно защитная (иммунная) система организма распознает такие клетки, уничтожает их или, по крайней мере, ограничивает их действие так, чтобы они не могли распространяться. В злокачественных клетках происходят определенные изменения, так что они начинают быстро размножаться и поражают примыкающие к ним ткани. При тяжелых формах рака злокачественные клетки отрываются от первоначального образования и переносятся в другие части тела, где они начинают расти и формировать новые опухоли. Такой отрыв и распространение злокачественных клеток носит название «метастазы».

Из-за чего возникает рак? Наши пациенты обычно наслышаны об исследованиях рака и поэтому считают, что медицина приблизилась к пони-

манию его причин. Они стараются возложить вину на какие-то внешние факторы. Сейчас уже «всем известно», что рак вызывается канцерогенными веществами, генетической предрасположенностью, радиацией или, возможно, неправильным питанием. На самом же деле ни один из перечисленных факторов сам по себе не может служить достаточным объяснением того, почему один человек заболевает раком, а другой - нет. Как нам уже известно, рак - это психосоматическое заболевание [3]. Следовательно, психологические портреты личности онкологических больных должны иметь сходные черты. По мнению психотерапевта Н. Пезешкяна пациент воспринимает заболевание как угрозу всему своему существу [17]. Он боится не только болей, угасания и ранней смерти, но и физических дефектов (например, удаление части тела или органа, облысения из-за химиотерапии), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице и тревоги у близких, что ведет к ограничению контактов [23]. Иметь онкологическое заболевание означает больше: рак – это что-то неизлечимое, это неизбежно приведет к смерти. Больной раком склонен к уходу в работу. Сфера разум-деятельность развита у него сильно. Типичный раковый больной часто культивирует исключительные отношения только с одним человеком, игнорируя внешние контакты. Он охотно жертвует собой для родителей, детей или супруга. Он вкладывает в эти отношения всего себя и готов вынести все, лишь бы не потерять партнера. Если по какой-либо причине дело доходит до развода, этот «удар судьбы»

может вывести его из психофизического равновесия. Сфера фантазий бывает ограниченной. Воображение развивается, кажется, только в направлении страхов, тревог, сомнений. Больные со злокачественными опухолями часто не имеют осознанных представлений о желаемом, а если имеют, то у них не хватает мужества реализовать то, что они бы хотели сделать, то, о чем мечтают. Экспансивные намерения были подавлены у них еще в детстве, а цели же, связанные с самопожертвованием, не имеют пределов [27, с.875]. Очень многие больные раком связывали свою напряженность, страхи с малой контактностью врача, с той формой, в которой им был сообщен диагноз. В первый момент возникает ощущение эмоционального шока, слова диагноза звучат для больного смертным приговором. Больной ошарашен, почти теряет рассудок, чувствует, что жизнь для него если и не остановилась, то осталась ему немного. Что знают больные о своем заболевании? Многие из них знают о своей болезни, принимают ее к сведению, в то время как другие реагируют на сообщение отрицанием факта существования у них этой страшной болезни, нежеланием о ней знать.

Влияние настроения больного на течение и исход заболевания. Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача — *искать положительную сторону болезни* и показать ее больному. Это часто помогает наладить нуж-

ный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

«Преимущества» болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может «снять» с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности [13].

Конечный Р. и Боухал М. в этой связи выделяют *utilitarianную личностную реакцию*, которая связана с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни [7, с.420]. Эта реакция может быть более или менее сознательной, и она может встречаться не только у больных, но и у вполне здорового человека. С этой точки зрения он рассматривает агравацию (преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб), симуляцию (притворство, с помощью которого стремится создать впечатление о наличии болезни) и диссимуляцию (скрывание болезни и ее признаков)

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают *социальные последствия заболевания*. Психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни [7, с. 450].

Реакции на информацию о заболевании зависят от «значения болезни» для больного:

❖ *Болезнь-угроза или вызов*, а тип реакций — противодействие, тре-

вога, уход или борьба (иногда паранояльная);

❖ *Болезнь-утрата*, а соответствующие типы реакций — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

❖ *Болезнь-выигрыши или избавление*, а типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

❖ *Болезнь-наказание* и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (при уменьшении личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки «ухода» от болезни). Считается, что адекватность реакции на болезнь зависит от степени зрелости личности и интеллектуальных ее возможностей.

Так, у *инфантильных* субъектов часто наблюдается вытеснение или отрицание болезни или, наоборот, синдром «ухода в болезнь».

У лиц *астенических, тревожномнительных* часто не очень серьезное заболевание вызывает бурную реакцию тревоги, беспокойства с последующими депрессивно-ипохондрическими и стойкими расстройствами [5]. Реакция личности на болезнь зависит от возраста больного. Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте. Длительное соматическое за-

болевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития [9]. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке [6]. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности. Личностные реакции зависят и от нарушения психической деятельности, которые вызваны соматическим заболеванием. Яркость невротических реакций уменьшается при наличии тяжелой соматогенной астении и органических расстройствах [10].

Динамика и временная характеристика переживания болезни. Помимо того, что болезни возникают в разные эпизоды жизни человека (хотется сказать, что они возникают всегда не вовремя), они еще имеют временную

характеристику, т.е. имеют временное измерение [16].

Поэтому, в переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза - длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший человек стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа – переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания, и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» - больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки) [16, с. 128-160].

Психические нарушения при онкологических заболеваниях. Психические нарушения, как правило, развиваются после оперативных вмешательств и при нарастании явлений кахексии. Прежде всего, следует отме-

тить, что сам факт заболевания раком или даже подозрение на него оказывает сильнейшее психотравмирующее воздействие, поскольку, с одной стороны, возникает угроза жизни, а с другой — пугают всевозможные осложнения, связанные с оперативным вмешательством, с последующей инвалидизацией. Это и создает основу для развития реактивного состояния, степень тяжести которого зависит не столько от соматического благополучия, сколько от психогенных воздействий [13].

Клиническая картина реактивного состояния у онкологических больных в первую очередь характеризуется развитием тревожно-депрессивного синдрома [22]. Возможны также ипохондрические реакции с истерическими компонентами, психопатоподобными расстройствами с паранойяльными установками, раздражительным и злобным настроением. В ряде случаев наблюдаются депрессивные расстройства, сопровождающиеся страхом дератализационно-деперсонализационными расстройствами, упорной бессонницей, суициdalными тенденциями. В случае благоприятного исхода после оперативных вмешательств и успеха консервативной терапии, указанные расстройства претерпевают медленное обратное развитие. Кроме того, у многих больных обнаруживается психологическая защитная тенденция упрощать сложившуюся ситуацию и вытеснять из сознания мрачные мысли относительно исхода заболевания. Для психических нарушений при злокачественных опухолях характерны астенические расстройства с выраженной аффективной лабильностью [12]. Нередки реактивные состояния с тяжелой

депрессией, когда диагноз становится известен больному. Психозы при злокачественных опухолях развиваются в случаях нарастания кахексии, а также иногда вскоре после оперативного вмешательства. Острые симптоматические психозы проявляются, как правило, делирием с не резко выраженным возбуждением, немногочисленными галлюцинациями, иллюзиями, онирическими состояниями на высоте психоза. В тяжелых случаях, нередко в претерминальной ситуации, бывают картины мусситирующего делирия или аменции. Реже возникают протагированные симптоматические психозы в виде депрессивных или бредовых состояний [10]. Депрессии сопровождаются развитием тревоги, иногда тоски. Глубина и выраженность депрессии колеблются, возможны эпизоды делирия. Бредовые состояния проявляются подозрительностью, малой доступностью, отдельными бредовыми идеями конкретного содержания, тревогой, астеническими расстройствами. Развитие апатического ступора свидетельствует о крайнем утяжелении соматического состояния.

В большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

❖ *болевая сторона болезни* (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

❖ *эмоциональная сторона болезни* связана с различными видами эмоционального реагирования на отде-

льные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

❖ *интеллектуальная сторона болезни* (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениеми о его причинах и последствиях;

❖ *волевая сторона болезни* (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья [22, с. 280].

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет «*масштаб переживаний*» и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и «*моделью болезни*» больного часто нет знака равенства.

Значение болезни в восприятии больного может, как преувеличиваться, так и приуменьшаться, вплоть до полного отрицания болезни как таковой [23].

❖ При адекватном типе реагирования (*нормонознозия*) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

❖ При *гипернознозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом.

❖ При *гипонознозии* больные склонны недооценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом.

❖ При *диснознозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и

отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимиляции или из-за страха ее последствий.

❖ При *анозогнозии* у больных идет полное отрицание болезни как таковой; она типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями. Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана с *осознанием больным своей болезни*. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анозогнозиях) [22, с.355].

Динамика психологических реакций умирающих. Все психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти, можно подразделить на ряд этапов. Наиболее известна в этом плане схема Элизабет Кюблер-Росс [2]. Она описала следующие пять этапов психологических реакций умирающих:

❖ *Фаза отрицания болезни (анозогнозическая)* — больной отказывается принять свою болезнь. «Нет, не я!» — самая обычная реакция вначале на объявление смертельного диагноза. Вероятно, целесообразно молчаливо согласиться с больным. Особенно это касается лиц, осуществляющих уход за больным, и родственников. В зависимости от того насколько человек может взять события под свой контроль и насколько сильно поддерживают его окружающие, он преодолевает эту стадию тяжелее или легче. По мнению М. Хегарти, эта начальная стадия отказа признавать реальность, изоляции от нее является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не

мешает терапии [опубд. 2, с.32]. Если времени оказывается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту.

❖ *Фаза протеста (дисфорическая)* — вытекает из вопроса, который ставит себе больной: «Почему именно я?». Отсюда возмущение и гнев на окружающих и вообще на всякого здорового человека. Важным для завершения этой стадии является возможность излить эти чувства вовне. Следует понимать, что это состояние враждебности и гнева — закономерное, нормальное явление и сдерживать его больному очень трудно. Нельзя осуждать больного за эти его реакции, по сути, не на окружающих, а на свою судьбу. Здесь больной особенно нуждается в дружеской поддержке и участии, эмоциональном контакте.

❖ *Фаза «торга» (аутосуггестивная)* — происходит резкое сужение жизненного горизонта человека, и он начинает выпрашивать, выторговывать себе те или иные поблажки. Это, прежде всего просьбы к врачам относительно послабления режима, назначения обезболивания или к родственникам с требованием выполнения различных прихотей. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью все укорачивающейся жизни. Желая продлить жизнь, больной нередко при этом обращается к Богу с обещаниями смирения и послушания: «Еще немного, мне надо закончить дела». Хороший эффект в этой фазе дают рассказы о спонтанном выздоровлении [2, с.39].

❖ *Фаза депрессии* — больной с течением времени неизбежно становится

печальным. Он уже вопросов не задает, а просто говорит себе, что «на этот раз умереть предстоит именно мне». При этом может появиться сознание вины и самобичевание — «Чем же я это заслужил?» [2, с.43]. Депрессия у больных может протекать по-разному. Иногда это основное печальное настроение усугубляется реактивными моментами, связанными с потерей частей тела или функций, важных для целостного образа «Я». Это может произойти вследствие хирургических операций по поводу болезни. Другой тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание потери семьи, друзей и самой жизни. Это, по сути, тяжелое переживание потери собственного будущего и признак начальной стадии следующей фазы — принятия смерти. Последняя группа больных особенно трудна для всех, кто соприкасается с ними. У окружающих они вызывают чувство тревоги и беспокойства, душевного дискомфорта. Любые попытки ободрить или поддержать больного шуткой, бодрым тоном голоса воспринимаются им как нелепые в этой ситуации. Больной замыкается в себе, ему хочется плакать при мысли о тех, кого он вынужден вскоре оставить [23, с.155]. Родственники и медицинский персонал должны понимать, что эти чувства нормальны и представляют действие естественных механизмов психологической защиты.

❖ *Фаза принятия смерти (апатическая)* — это примирение с судьбой, больной смиренно ждет своего конца. Измученный болезнью, он желает лишь отдохнуть и уснуть. Это уже прощание, конец жизненного пути. Бывает, правда, и так, что больной, при-

няв факт своей неизбежной кончины и смирившись с судьбой, вдруг вновь все отрицает на какое - то время, строя при этом радужные планы на будущее. В этой фазе надо создавать уверенность у больного в том, что он не останется один наедине со своей смертью (контекст- «Я вас не оставлю»). В зависимости от своего духовного потенциала врач на этой стадии может привлечь на помощь религию [2, с.50].

❖ *Фаза возвращения человеческого достоинства, возвращения к жизни* — 6 этап. Деление психологических реакций умирающих на этапы иногда критикуют за чрезмерную обобщенность и механистичность, однако именно знание основных закономерностей и помогает тщательнее индивидуализировать соответствующие мероприятия в конкретной ситуации.

Особенности общения с онкологическим больным на разных стадиях заболевания. Важным и до сих пор все еще спорным является вопрос о том, сообщать ли больному о том, что у него рак, или нет. Возможность такого сообщения определяется многими факторами и зависит от страны, сложившихся в ней норм, от традиций лечебного учреждения, а также от установок и уровня профессиональных знаний врача. Основным правилом является то, что, если больной спрашивает об этом, на вопрос обязательно следует ответить. Врач принимает решение о сообщении диагноза на основании знания особенностей личности и состояния больного. В начале болезни, в период появления метастазов и в конечной стадии ситуация различна. Следует знать, что, сколько и — главное — как сообщить больному. Не зная о бо-

лезни, больной не будет уделять должного внимания ее лечению.

Обманывать больного, вводить его в заблуждение очень опасно, в какой бы форме это ни предпринималось. Правду нужно дозировать небольшими порциями, помогая больному привыкнуть к сложившейся ситуации [26]. Это часто необходимо в таких случаях, когда уже при первом обследовании приходится слышать такие заявления: «если у меня рак, я этого не переживу», «если окажусь в таком положении, покончу с собой» и т. д. Часто, владея нужной техникой, врач может переубедить и таких больных. С точки зрения воздействия на психику больного целесообразно выделить **три основных стадии** злокачественного новообразования [23, с.702].

На *первой стадии* в результате вовремя примененного интенсивного лечения и болезнь, и связанные с нею переживания оказываются лишь ми-нувшими эпизодами из жизни больного (особенно если больному даже не сообщали диагноз). Если отмечается рецидив, появляются новые симптомы, назначаются новые обследования, больничное лечение, а исход болезни становится проблематичным (*вторая стадия*), то отмечаются и более выраженные страхи, тревога, беспокойство и другие психические реакции. Больной думает, что лечение, которое он получал до тех пор, было напрасным. Он, словно утопающий за соломинку, цепляется за любую возможность. В таких случаях пробуется все, вплоть до знахарства. На этом этапе болезни человек нуждается в самой большой поддержке, чтобы он мог продолжать активную деятельность.

Наконец, для третьего этапа, наступающего после длительных страданий, характерно все то, что описано относительно тяжелых хронических заболеваний. У преобладающей части раковых больных отмечаются серьезные психические реакции – от страхов и тревожного состояния через страх смерти и депрессию до параноидных психозов. Важность этих состояний усиливается тем, что психическое состояние больных тесно связано с течением злокачественного процесса.

Пожалуй, более едина точка зрения на роль личностных, психических факторов, их влияние на ход ракового заболевания, на его регрессию. Согласно этой точке зрения, очень многое зависит от жизнерадостности больного, от желания жить, от настроения (депрессия, уход в себя), психической защиты и пр. У сильных, жизнерадостных, психически более закаленных людей прогноз благоприятнее, чем у тревожных, охваченных страхами и депрессией. Судьба тех, чьи связи с людьми лучше, кто более общителен, не ушел в себя, благоприятнее, как и тех, кто сумел благодаря помощи извне пережить утрату. Если психические факторы играют такую важную роль в возникновении и ходе заболевания, то, следовательно, в ходе диагностической и лечебной онкологической работы психологические занятия и даже психотерапия должны занимать важное место [4].

Библиография

1. Grof Stanislav, Halifax Joan., (1978), *The human encounter with death* E.P.Dutton, New York, Перевод с английского: Неклесс Александр, научная редакция Майкова Владимира к. ф. н.,

- Издат-во Трансперсонального Института, Киев, AlrLand, 1996 г., 400с.
2. Kubbler-Ross., (2001), *О смерти и умирании*. Киев, Изд-во София, 320с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. (1999), *Психосоматическая медицина. Краткий учебник*.- М.: ГЭОТАР Медицина, 376с.
4. Карвасарский, Б. Д., (1982), *Медицинская психология*. Л., Изд-во Питер, 550с.
5. Кvasенко, А. В., Зубарев Ю. Г., (1980), *Психология больного*. Л., Изд-во Питер, 290с.
6. Ковалев, А. Г. (1963), *Психология личности*. Л., Изд-во Питер, 380с.
7. Конечный, Р., Боухал, М., (1983), *Психология в медицине*. Прага, Авиценум, Медицинское изд-во, , 800с.
8. Кемпински, А., (1998), *Экзистенциальная психиатрия*. М., Изд-во Совершенство, 600с.
9. Крайг, Г. (2000), *Психология развития*. СПб. Изд-во Питер, 650с.
10. Кискер, К. П. (1999), и др. *Психиатрия, психосоматика, психотерапия*. М., Изд-во Алетейя, 540с
11. Кьеркегор, С. (1993), *Понятие страха. Комментарии //Страх и трепет*. М., Изд-во Астрель, 367с.
12. Лакосина, Н. Д., Ушаков Г. К., (1984), *Медицинская психология*. 2-е изд., М., Изд-во Медицина, 272с.
13. Лебединский, М. С., Мясищев В. Н., (1966), *Введение в медицинскую психологию*. Л., Изд-во Пармикс, 465с.
14. Лукреций, К., (1937), *О природе вещей*. Художественная литература, М., 85с.
15. Маслоу, А. Г., (1999), *Дальние пределы человеческой психики*. Пер. с англ. Татлыбаевой А. М. Науч. ред. вступ. статьи и коммент. Акулиной Н. Н., СПб. Евразия, 432с.
16. Менделевич, В. Д., (1998), *Клиническая и медицинская психология*. М., Изд-во МЕДпресс, 758с.
17. Пезешкиан, Н., (1998), *33-и 1 форма партнерства: Пер. с нем.*, М., Изд-во Медицина, 288 с.
18. Платон Пир. (1993), *Собр. соч. В 4 тт.* М., Изд-во Мысль, Т. 2. 720с.
19. Роуз С. (2008), *Душа после смерти*, К., Типография Киево-Печерской лавры, 266с.
20. Рубинштейн, С. Л., (1957), *Бытие и сознание*. М., Изд-во Независимая фирма Класс, 263с.
21. Сенека, Л. А., Аврелий Марк, (2002), *Наедине с собой*. Симферополь, Изд-во Реноме, 118с.
22. Сидоров, П. И., Парников А.В., (2000), *Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов*. Академический Проект, Екатеринбург, Изд-во Деловая книга, 381с.
23. Саймонтон, К., Саймонтон С., (2003), *Психотерапия рака*. СПб. Изд-во Питер, 480с.
24. Уилбер, К. (2004), *Трансперсональный взгляд на человеческое развитие*. Проект Атман. Пер. с англ. под ред. Киселева А. М., ООО Изд-во АСТ 314с.
25. Фрейд, З. (2003), *Страх //Остроумие и его отношение к бессознательному*. Минск, Изд-во Харвест, 260с.
26. Харди, И., (1981), *Врач, сестра, больной. Психология работы с больными*. М., Изд-во Будапешт, 387с.
27. Чаклин, А. В., (1992), *Психологические аспекты онкологии // Вопросы онкологии*, №7, с.873-888.
28. Ялом, И., (1999), *Экзистенциальная психотерапия*. М., Изд-во Логос, 234с.

PSIHOCORECTIE ȘI PSIHOTERAPIE

COMPETENȚELE SOCIALE ÎN TULBURĂRILE FOBICE

Oana GAVRIL JITARU

Termeni cheie: competență socială, fobie socială, asertivitate, afirmare de sine, strategii creative, modelul prismei în înțelegerea competenței sociale.

Abstract

This paper aims to identify a series of explanatory models of social competence and a group of skills that provides an assertive behavior and social performance. Social phobia is presented as poor development of social competence, so we intend to outline a set of creative strategies for training social competence in young people and reducing the effects of social phobia in individual's psychosocial life.

Argument

Abordarea unui studiu privind competența socială se înscrie într-o problematică actuală a dezvoltării indivizilor ca personalități democratice, ca cetăteni activi și competenți civic, implicați în soluționarea provocărilor comunității și a societății în ansamblu. Înțelegerea și dezvoltarea competenței sociale de la cele mai mici vârstă este o necesitate dacă privim acest demers din trei perspective. În primul rând, eficiența în plan profesional și social poate fi facilitată de formarea și activarea la individ a abilităților sociale, de interacțiune în diversitate, de integrare eficientă în echipe de lucru. De asemenea, formarea cetățeanului european capabil de a valorifica mijloacele de afirmare socială, de implicare comunitară și participare civică se poate realiza prin antrenarea abilităților sociale ale indivizilor la nivel de competență. În al treilea rând, reducerea fobiei și anxietății sociale prin dezvoltarea competenței sociale poate spori satisfacția de viață a individului, gradul de acceptare socială și stima de sine ale acestuia.

Lucrarea exprimă interesul pentru descifrarea comportamentului social, a competenței sociale și a resorturilor pe care aceasta le pune la dispoziția înfăptuirii comuniunii și acțiunii articulate a oamenilor în societate. Abordarea acestui studiu teoretic se realizează, cu precădere, din perspectiva psihosociologiei, de aceea referirile la relația dintre om și societate în viziunea acestei științe vor fi valorificate.

Fobia socială și tulburări ale competențelor sociale

Literatura de specialitate (Cottreaux J., 1990, Vera, L., 1998, Holdevici I., 1999, 2002) definește fobia ca teamă irațională, exagerată, persistentă de un obiect sau situație care de regulă nu sunt periculoase. Așa cum apreciază Jean Cottreaux (1990, 86), fobiile se conturează prin teamă irațională, reacții emotionale de angoasă, paloare, transpirație, accelerarea bătăilor inimii, blocarea respirației – ca exprimare neurovegetativă a temerii și gânduri anticipative catastrofale. Deși individul conștientizează caracterul irațional al fricii

sale, el este determinat să abordeze două posibilități: fie evită situațiile anxiogene și își organizează viața astfel încât să nu se mai expună unor evenimente similare, fie dezvoltă conduite contrafobice. În cel de-al doilea caz apare posibilitatea de înfruntare a situațiilor anxiogene, dar cu ajutorul unei persoane sau obiect investite cu rol de personaj contrafobic: soț, animal, obiect, prezența telefonului, prezența unor comprimate tranchilizante pe care persoana le păstrează aproape, dar nu le consumă, însă pot prezenta elemente de siguranță.

Așadar, fobiile reprezintă „frici cu caracter dezadaptiv, care produc perturbări în viața obișnuită a subiecților” reprezentând o frică disproportională față de sursa care o produce, fobia induce reacții ca grija exagerată, care sunt inadecvate și îngreunează integritatea socială a individului (Holdevici, I., 1999, 154 - 157).

Deși nu se cunoaște exact originea fobiilor, majoritatea autorilor aderă la ideea că ele reprezintă temeri dobândite prin condiționare. Fobia se instalează gradat, ca rezultat al repetării unor experiențe mai mult sau mai puțin anxiogene sau prin intermediul învățării sociale. Această condiționare se conectează la perioade de stres puternice, stări de surmenaj, când reacțiile caracterizate prin teamă se învață cu ușurință. Referindu-se la diverse categorii de tulburări fobice, Irina Holdevici delimitizează trei tipuri de fobii:

- a. fobia simplă (de înmălțime, insekte, sânge etc.);
- b. fobia socială, mai complexă, în cadrul căreia subiectul se teme de lucruri inobservabile, cum ar fi evaluări negative, critica, teama de a fi respins;
- c. agorafobia – teama de a se afla în spații aglomerate;

Fobiile simple se pot dezvolta gradat pe baza fricilor din copilărie, fobia socială debutând, de regulă, în perioada preadolescenței și adolescenței.

În acest articol ne vom orienta în mod deosebit asupra fobiei sociale și implicațiilor sale asupra devenirii individului, împlinirii personalității sale și atingerii succesului social.

Fobia socială – descriere și forme clinice

Integrarea individului în societate, formarea unei personalități complexe capabilă de afirmare și succes sub toate aspectele majore ale existenței implică activarea și stimularea inteligenței sociale. Instrument de atingere a scopurilor proprii, acest tip de inteligență asigură „calitatea și eficiența adaptării sociale, pricperea în ceea ce privește relațiile și acțiunile sociale, rezolvarea problemelor psihosociale”, după cum afirmă Paul Popescu Neveanu (1978, 370). Deși știm că pentru a ne manifesta competent social trebuie să demonstreăm abilități incluse în aria comunicării, empatiei, gratificației, rezolvării de probleme și conflicte, assertivității, noi de multe ori acționăm timid, nesiguri, permanent depășîți de ceilalți, frustrați și nemulțumiți. De cele mai multe ori aceste probleme sunt apreciate ca derivând din conflicte de natură inconștientă, nerezolvate, conflicte care își au originea în copilărie, sau le atribuim defectelor altor persoane. Cu toate acestea, multe din problemele menționate nu sunt altceva decât fobii sociale. Sintetizând tabloul descriptiv al fobiilor sociale pe care îl realizează Luis Vera (1998, 115-122), putem afirma că, specifice sau generalizate, acestea se referă la subiectul care, în anumite situații sociale are puternice manifestări de anxietate. Trăirile intense îl determină pe

subiect să evite manifestările anxiogene, handicapul resimțit de acesta fiind major. Există tehnici terapeutice de nivel individual și de grup care redau individului capacitatea de autonomie și independență.

Fobia socială se definește ca fiind o teamă irațională, persistentă de situații în care subiectul este expus observației atente din partea altora. Ideea confruntării cu astfel de situații va determina o importanță anxietate anticipatorie datorită sentimentului de jenă și umilință.

În DSM – III – R (1989) această tulburare este descrisă ca o reacție fobică intensă și nu ca o tulburare psihică. Teama de a apărea și a vorbi în public se poate regăsi și la copil și adolescent, dar și la adult. Relațiile sociale și cadrul în care ele se derulează sunt principalele surse de factori anxiogeni. Fobia socială provoacă focalizarea atenției asupra propriei persoane care se percep ca ridicolă.

Descriere clinică

Temerile sociale se dezvoltă progresiv la trecerea de la copilarie la adolescență. Ca urmare a inhibițiilor ce acționează asupra lor copiii se aşază la școală în spațele clasei pentru a nu fi interogați, evită să iasă la tablă pentru a nu greși și a nu provoca râsul colegilor. Au puțini prieteni și se simt abandonatați atunci când se confruntă singuri cu o anumită situație socială. Își doresc să intre în contact cu alții, însă se simt incapabili să poarte o conversație sau să preia inițiativa. Se află într-o stare de frustrare permanentă, admirându-i pe cei abili în relațiile sociale. În general, anxietatea socială se diminuează în prezența altor tineri mult mai timizi; în acest caz ei se comportă normal, fără a mai avea impresia că sunt judecați. Persoanele cu fobie socială anticipăază printr-o anxietate somatică

intensă recitarea unei poezii, prezentarea orală a unei lucrări, iar apropierea acestei „situații de risc” le tulbură somnul. În timpul confruntării cu situația simptomele somatice (accelerarea ritmului cardiac, transpirație, înroșire...) se situează pe primul plan. Ei luptă ca aceste semne de anxietate să nu fie observate, pierzându-și capacitatea de adaptare, acuitatea cognitivă fiind alterată. Credința irațională că sunt ridicoli le diminuează performanța. În adolescență și la vîrstă adultă, dorința de a trece neobservat influențează și stilul vestimentar, persoana purtând haine a căror culoare și linie nu atrag atenția. Adeseori anxietatea socială poate fi însoțită și de complexele provocate de anumite particularități fizice.

Forme clinice

Frecvența fobiilor sociale specifice (teama de a mâncă în public, de a utiliza toalete publice, de a scrie în prezența altor persoane etc.) prezintă o mai mică importanță decât fobiile sociale generalizate (Marks, 1985, apud Vera, L., 1998, 120). Fobiile sociale generalizate se concretizează în队ma produsă de lipsa abilităților de apărare,队ma de a fi umilit, respins, de a nu avea prieteni. Temerile sociale se concentrează fie pe aspectul fizic, fie performanțe sociale și/sau intelectuale.

Așa cum apreciază Fenigstein (1977 apud Vera, L., op. cit.), fobia socială se caracterizează prin tendința de a privilegia aspectele observabile ale comportamentului. Astfel, emoțiile ce acompaniază o interacțiune socială sunt mai puțin elaborate, subiectul percepând cadrul social ca evaluator al comportamentului extern. Fobia socială se prezintă ca o dificultate de a adopta comportamente satisfăcătoare de comunicare. Există două modele explicative

ale fobiei sociale: primul se referă la observarea excesivă a propriei persoane, iar cel de-al doilea model delimitează ca o cauză a anxietății inhibitoare dificultatea de a adopta comportamente de comunicare.

Irina Holdevici (2002, 163-164) subliniază, de asemenea, că fobiile sociale produc pe lângă reacția specifică de teamă și stări afective supraadăugate, cum ar fi: culpabilitate, furie, resentimente, depresie. Generând reacții de evitare, fugă sau chiar agresiune, comportamentul de comunicare al individului este puternic perturbat. Acest fapt nu are repercusiuni doar asupra vieții interioare a individului, ci și asupra celorlalți. Deoarece obiectul fobiei sociale sunt oamenii, aceștia vor reacționa la rândul lor la comportamentul subiectului ajungându-se la fenomenul „profetiei împlinite”. De exemplu, o persoană care se teme să fie respinsă nu interacționează cu ceilalți, astfel încât ceilalți vor fi motivați să se îndepărteze de persoana în cauză, să o respingă. Starea de disconfort pe care o trăiește subiectul cu fobie socială se transmite și celorlalți care ajung să nu se mai simtă bine în compania acestuia. Subiectul care suferă de fobie socială este convins că nu va avea un comportament dezirabil, acceptat de ceilalți, că va fi respins, ceea ce determină diminuarea stimei de sine. Așa cum apreciază autoarea citată, „diagnosticul de fobie socială se acordă doar atunci când expunerea subiectului la situația respectivă provoacă apariția imediată a unei anxietăți puternice care perturbă în mod semnificativ desfășurarea activităților cotidiene, sfera ocupațională și viața socială și creează persoanei un puternic disconfort psihic”. Pentru ca individul să poată obține echilibrul psihic și succesul în viața socială și profesiona-

lă, trebuie să dețină un set de abilități și competențe sociale care poate fi însuși prin traininguri structurate și programe de intervenție psihoterapeutică.

Modele explicative ale comportamentului social

Reflecții despre om și societate se regăsesc în cele mai vechi scrise din India și China (sec. Al VI-lea î.e.n.), aşa cum ne amintește Septimiu Chelcea (2006, 36) în demersul investigativ privind constituirea și evoluția psihosociologiei. Istoricii, filosofii, scriitorii, psihologii, în încercarea lor de a înțelege lumea, s-au confruntat cu problemele omului ce trăiește în societate și cu necesitatea de a descoperi strategii optime de adaptare la viața socială, manifestând interes pentru probleme, cum ar fi: comunicarea umană, conflictele sociale, manipularea, organizarea și dinamica socială, identitatea socială etc.

De la reflecții cu privire la relațiile dintre om și societate ale filosofilor inițiatori, studiul comportamentului social se extinde la cercetări focalizate pe diferite dimensiuni, cum ar fi influența socială, comparația socială, inechitatea socială, gândirea de grup, identitatea socială, rădăcinile agresivității sau natura iubirii. Fiecare problematică este tratată sub aspectul imperativelor biologice și determinărilor psihologice sau sociale. Înainte de a da curs acestor teorii sunt necesare câteva distincții privind comportamentul uman și comportamentul social. Septimiu Chelcea (1988, 41) definește comportamentul, fie el animal sau uman, ca fiind „ansamblul răspunsurilor organismelor vii la constelațiile de stimuli din mediul înconjurător”. Paul Popescu Neveanu (1978, 123), preluând descrierea elaborată de Tilquin, înțelege comportamentul ca

„ansamblul reacțiilor adaptative, obiectiv-observabile, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca răspuns la stimulii din ambientă, care, de asemenea, sunt obiectiv-observabili”. Aceste definiții promovează înțelegerea comportamentului uman ca reacție față de mediul natural sau social. Septimiu Chelcea (1988, 42-43) completează această viziune cu printrând în definirea comportamentului uman și orientarea spre progres, tendința de modificare de către om a mediului conform nevoilor, trebuințelor și idealurilor sale și ale societății. Se înțelege, astfel, că nu numai mediul este cel care produce reacții, dar și omul provoacă schimbări ale mediului, comportamentul uman fiind o sumă de „reacții” și „proacții”.

Teorii biologice.

Întrebarea care se formulează cu privire la comportamentul social este în ce măsură ar fi el determinat biologic și în ce măsură cultural? Din punct de vedere genetic se acceptă că anumite comportamente umane sunt programate genetic, adică există scheme construite de la naștere și care sunt activate în situații specifice. Septimiu Chelcea și Adina Chelcea (1983, 121-122) subliniază că, de fapt, nu comportamentele sunt înscrise genetic, ci „modul lor de realizare, de exprimare în fenotip are un determinism genetic”. Încercările de înțelegere a comportamentului uman au fost inițiate prin cercetări făcute pe animale. Teoria reflexelor condiționate elaborată de Ivan Petrovici Pavlov (1849–1936), descoperirea comportamentului operant de către Burrhus Frederic Skinner (1938) au oferit explicații consistente pentru comportamentele umane. Ele trebuie interpretate însă cu precauție, deoarece, așa cum atențio-

nează Septimiu Chelcea și Adina Chelcea (1983, 126), ele oferă sugestii pentru definirea comportamentelor umane și nu răspunsuri definitive.

Din categoria teoriilor biologice, sociobiologia își propune să studieze sistematic bazele biologice ale tuturor comportamentelor sociale, concentrându-se atât asupra societăților animale, cât și asupra societăților umane. Fondatorul sociobiologiei, Edward O. Wilson (1975/2003), profesor de zoologie la Universitatea Harvard, susține prin teoria sa că științele umane pot găsi surse de intervenție și remodelare a naturii umane în cele biologice. Mai mult decât atât, el afirma că diversitatea de comportamente sociale, cum ar fi altruismul, patriotismul curajul și.a., sunt determinate genetic.

Septimiu Chelcea și Adina Chelcea (1983, 130) apreciază că etologia aduce înnoiri în cunoștințele referitoare la comportamentul uman, dar că delimitarea unei „etologii umane” nu se justifică integral, dat fiind faptul că psihologia și sociologia studiază comportamentul uman în condiții concrete de existență a omului. Interesat de asemenea, de descrierea comportamentului uman, zoologul Desmond Morris (1967/1991) analizează, cu minuțiozitate, din perspectivă evoluționistă, ce anume din modul de viață al individului uman îl apropi și îl diferențiază de regnul animal. Mai mult, autorul descrie omul ca „mai-muță goală” preluând tehnica definirii în zoologie a speciilor nou identificate și necunoscute până atunci, care sunt denumite prin particularități pe care le prezintă în comparație cu alte specii. Desmond Morris (1967/1991, 21) consideră că „numai privind cu atenție la drumul parcurs în evoluție și apoi studiind aspectele biolo-

gice ale modului în care ne comportăm azi ca specie putem să ajungem cu adevărat la o înțelegere echilibrată, obiectivă, a extraordinarei noastre existențe". Volumul *Maimuța goală*, care descrie specia umană, oferă argumente ingenioase pentru originile animale ale speciei umane, orientându-se în mod deosebit asupra studiului și explicării comportamentului social manifestat în conduită sexuală, în creșterea progeniturilor, în modalitățile de hrănire sau în exprimarea agresivității. Deși întreaga carte este o pledoarie pentru perspectiva evoluționistă asupra devenirii omului, autorul ia în atenție și rolul credinței și al abordărilor religioase, acceptând puterea constructivă a acestora asupra acțiunii și comportamentului social și prosocial al individului uman. De asemenea, el subliniază că unele exagerări se datorează încercării de a scoate în evidență în tușe clare faptul că omul trebuie să-și recunoască limitele și că în ciuda dezvoltării sale culturale și tehnice există aspecte legate de condiția umană și relația omului cu natura ce trebuie resemnificate.

Autorii ce prefigurează orientarea biologistă recunosc limitele transferului rezultatelor cercetărilor de la nivel animal la nivel uman și faptul că tehniciile nu pot fi cu ușurință translate de la o specie la alta, dar comparația conturează orientări semnificative ce pot fi aprofundate la nivel uman cu instrumente specifice. Chiar Edward O. Wilson, în screrile ce au urmat *Sociobiologiei*, după cum ne amintește Septimiu Chelcea (2006a, 78), îmbogățește determinismul genetic pur al comportamentelor sociale cu aportul adus de factorii culturali. Astfel, în lucrările sale ulterioare (*On Human Nature*, 1978; *Genes, Mind and Culture: The Coevolu-*

tionary Process, în colaborare cu Charles Lumsden, 1981; *Biophilia*, 1984; *Promethean Fire*, în colaborare cu Charles Lumsden, 1984) determinismul genetic i se adaugă și unul cultural, biologicul, păstrând totuși - în opinia autorului - supremăția. De asemenea, în lucrarea *Psihologie comparată. Comportamentul uman și animal: o abordare sociobiologică*, Tony Malim, Ann Birch și Sheila Hayward (1996/2000, 238) precizează, în concluzie, că mediul și cultura, precum și capacitatea de învățare a unei persoane au un impact crucial asupra comportamentului. Reducționismul biologic a fost combătut, comportamentul uman, respectiv cel social neputând fi descifrat numai prin această grilă a determinismului genetic.

Teorii psihosociologice

Teoriile psihosociologice apar în literatură de specialitate fie ca teorii ce pun accent în mod deosebit pe analiza psihologică în înțelegerea și intervenția privind rezolvarea problemelor umane, fie ca teorii ce subliniază ca definiitoriu în acest context mediul social, toate însă propunând o abordare interdependentă a influențelor biologice, psihologice și sociale. Richard C. Simons (1985, 2-5) pledează pentru rezolvarea problemelor umane și sociale printr-o îmbinare a intervențiilor fizioLOGICE cu cele psihologice. Autorul conturează, în articolul *Why Learn About Human Behavior* integrat în lucrarea pe care o coordonează *Understanding Human Behavior in Health and Illness* (1985), rolul analizei psihologice în boală și nu doar a intervenției medicale. Sunt furnizate studii de caz dintre cele mai diverse pe care Richard C. Simons le interpretează minuțios și din care se prefigurează concluzia că la baza înțelegерii comportamentului uman

în stare de sănătate și boală și unificarea unor factori ce țin atât de personalitatea individului cât și de mediu: empatia, teama și negarea, mediul de viață, impactul spitalizării asupra echilibrului psihic al persoanei, ciclurile vietii.

Dimensiunea socială a comportamentului uman este surprinsă de către Charles Zastrow și Karen K. Kirst-Ashman (1990, 9-14) într-un model explicativ ce are ca nucleu „abordarea ecologistă”. Se naște, astfel, un model ecologist al comportamentului uman ce pune accentul pe tranzacțiile disfuncționale între indivizi și mediul lor social. Ființele umane sunt apreciate ca dezvoltându-se și adaptându-se prin tranzacții cu toate elementele din mediul înconjurător. Un astfel de model se centrează asupra factorilor interni și externi ce determină conduită persoanei și vizează îmbunătățirea patternurilor de adaptare, de coping ale oamenilor, astfel încât să se obțină o mai bună corelație între nevoile individului și caracteristicile mediului. Ideea forță a acestui model este conceptualizarea „persoanei-în-mediu” și se sprijină pe descifrarea mecanismelor ce stau la baza interacțunii omului cu măritudinea de sisteme sociale. Astfel se au în vedere: individul și posibilitățile sale de rezolvare a problemelor, de adaptare și dezvoltare; relația dintre persoană și sistemul cu care interacționează și plasarea în relație a persoanei cu resurse, servicii și oportunități; sistemele sociale multiple și posibilitățile de a le transforma pentru a veni în întâmpinarea nevoilor individului.

Subordonat abordării ecologiste autori construiesc și un model de evaluare a dinamicii comportamentului ce are drept coordonate mediul social, tranzacțiile individului cu ceilalți, interdependența, capa-

citatea de adaptare și coping. Se urmărește astăzi, clarificarea a trei aspecte majore privind tranzacțiile dintre oameni și mediu. Primul aspect al modelului se referă la repere ale dezvoltării normale a individului în plan biologic, psihologic și social. Această categorie se orientează asupra individului ca entitate distinctă și furnizează o perspectivă asupra ceea ce poate fi considerat normal în evoluția omului: dezvoltarea motorie, dezvoltarea personalității, motivația, învățarea etc. Acest nivel al modelului furnizează repere pentru evaluarea comportamentului uman prin caracterizarea proceselor psihice umane conform particularităților pe care trebuie să le aibă în funcție de vîrstă. Cel de-al doilea aspect privește evenimentele vieții, fiecare stadiu al vieții fiind marcat de o serie de momente caracteristice. Diferitele evenimente de viață – crizele de identitate, căsătoria, apariția copiilor, pensionarea – au loc, de regulă, în anumite perioade și atrag după sine o serie de procese psihosociale specifice. Autorii modelului includ evenimentele vieții în trei categorii. Prima dintre acestea este reprezentată de microevenimente. Aici sunt incluse experiențele ce țin de comportamentul individual ca entitate distinctă. Deși individul se manifestă în cadrul mediului social, unele experiențe sunt personale și nu presupun tranzacții imediate cu alte persoane. În această categorie centrarea analizei se face pe comportamentul individual, pe experiențe intime, cum ar fi: dependența chimică, tentative de sinucidere, depresia. A doua categorie de bază a evenimentelor de viață o reprezintă tranzacțiile individului cu alții în cadrul mediului social. Acestea se vor numi mezzo-evenimente sau evenimente intermediare și cuprind relațiile interpersonale

intime trăite de individ în cadrul familiei, grupurilor sociale de prieteni și cunoșcuți și grupurilor de muncă. A treia categorie a evenimentelor de viață include macro-evenimentele și vizează tranzacțiile cu organizații și sisteme sociale mari. Se discută în acest context schema complexă a mediului social și a impactului puternic pe care îl poate exercita la nivel individual. Acest tip de evenimente sunt: sărăcia, discriminația, presiunea socială, efectele politicilor sociale. Al treilea aspect al modelului rezidă în efectele pe care diversitatea umană le exercită asupra răspunsurilor comportamentale ale individului și impactul pe care apartenența la diferite categorii sociale și culturale îl are asupra percepției sociale și integrării individului în societate.

În acest subcapitol am structurat un grup de teorii explicative ale comportamentului social. Le-am denumit psihosociologice, deoarece analizează comportamentul social de pe principiile interacțiunii dintre psihologic și social în inițierea acțiunilor umane în contextul vieții alături de ceilalți, cu accente fie pe dimensiunea psihologică, fie pe cea sociologică, fie reliefând în vizion holistă interdependența bilogic-psihologic-social. Teoriile prezentate sunt câteva din contribuțiile la înțelegerea și explicarea comportamentului social uman, care pot servi ca fundament în înțelegerea și delimitarea unor modele teoretice explicative și de formare, dezvoltare a competenței sociale a indivizilor manifestată în mediul în care își desfășoară activitatea.

Modele explicative ale competenței sociale

Definirea competenței sociale prin abilități specifice

Competența socială a fost conceptualizată frecvent ca un set de competențe de

dorit. Abordările bazate pe abilități specifice sunt reflectate în utilizarea listelor de evaluare a comportamentului pentru a descoperi copiii competenți, precum și în curriculumul programelor de antrenament al abilităților sociale. Această abordare explicativă a competenței sociale bazată pe abilități specifice este ilustrată printr-o cercetare derulată în anul 1973 de către un comitet de experți sub sponsorizarea Biroului american de Dezvoltare a Copilului. Au fost incluse 29 de fațete ale competenței sociale referitoare la atritive de natură socială, cognitivă, emoțională, perceptual-motorie și de autocunoaștere. Unul dintre cele mai dificile aspecte ale punerii în aplicare a acestei abordări este determinarea comportamentelor care constituie competența socială. Au fost propuse mai multe criterii diferite de selecție. Anderson și Messick's (1974) au folosit un panel de experți pentru a defini competența socială pe baza abilităților specifice. Cu toate acestea, investigațiile empirice au arătat că ratele reduse de interacțiune nu sunt în mod necesar asociate cu rezultate slabe sau lipsa de aptitudini sociale. O altă strategie a fost de a folosi valorilor sociale la întâi comportamente specifice. Această tehnică poate conduce la obținerea unui număr mare de abilități diverse care, însă, sunt dificil de măsurat și nu au întotdeauna justificare empirică. Un alt exemplu este cel oferit de Waters, Noyes, Vaughn și Rick (1985) care au cerut unui număr de 35 de psihologi să descrie un copil preșcolar competent social. Aceste atritive evaluatorii identificate cum ar fi "util", "de sine-stătător", "empatic" și "asertiv" ca un indicativ de competență socială s-au dovedit a fi vagi și greu de măsurat.

Abordări bazate pe statut sociometric în definirea competenței sociale

A fi popular sau agreat de către semeni a fost adesea o măsură a competenței sociale. Un punct forte al acestor evaluări sociometrice este faptul că acestea reflectă evaluările semenilor, rezumând comportamentale și componente afective ale competenței sociale. Evaluările sociometrice, de asemenea, arată o relativ bună stabilitate temporală. Evaluările sociometrice ale statutului pot fi utile pentru identificarea copiilor care nu manifestă competență socială, dar acestea nu explică natura sau sursa dificultăților trăite de copii. O altă dificultate în definirea competenței sociale prin peer-statuse că popularitatea poate să nu fie criteriu cel mai dorit, în special în cadrul unui grup deviant. Unele cercetări indică faptul că popularitatea în grupuri cu risc ridicat agresiv este asociată în evoluția viitoare a copilului cu dificultăți de integrare socială și academice. De asemenea, evaluările sociometrice nu măsoară în mod necesar capacitatea copilului de a iniția și să menține relații sociale (Attili, 1990). Capacitatea de a iniția și menține relații sociale poate să varieze nu doar în funcție de popularitate, ci și de prietenie ca fenomen psihosocial. Astfel, abilitățile implicate în obținerea de acceptare de grup (de exemplu, sociabilitatea) pot fi diferite de cele necesare în stabilirea și menținerea unei relații (de exemplu, care exprimă afecțiunea). Iar în fapt, capacitatea de a forma prietenii și alte relații poate fi un indiciu mai relevant pentru competențele sociale decât acceptarea de către grup.

Definirea competenței sociale prin abordarea bazată pe relații

Capacitatea copilului de a iniția și dezvolta relații pozitive a fost mult timp

considerată a fi esențială pentru o dezvoltare sănătoasă. Din această perspectivă, competența socială este evaluată prin calitatea relațiilor individului, care, la rândul său, depinde de abilitățile ambilor parteneri ai relației. Când interacționează cu un partenerabil cognitiv, un copil va putea dezvolta abilități cognitive dincolo de ceea ce ar putea face singur. Un proces similar poate să apară în domeniul social. Un copil care interacționează cu un partener competent social va putea dezvolta o relație mai eficientă social decât dacă ar interacționa cu un partener mai puțin competent social. În relațiile orizontale, calitatea relației reflectă abilitățile sociale pentru ambii participanți în proporții relativ egale. În relațiile verticale, calitatea relației va reflecta într-o măsură mai mare competențele partenerului mai puternic decât aptitudinile copilului, deoarece procesul interacțional este coordonat de cel cu statut superior și determină răspunsurile copilului. Relațiile interpersonale și calitatea lor pot reprezenta indici ai competenței sociale. Astfel, relațiile de prietenie pot crea importante oportunități pentru dezvoltarea aptitudinilor sociale.

Cu toate acestea, există o serie de dificultăți potențiale în delimitarea competenței sociale prin intermediul prieteniei. Deși unele studii au relevat o corelație pozitivă între prietenie și rezultatele adaptive ale individului, direcția de cauzalitate în această relație nu este bine delimitată. De asemenea, au fost evidențiate dificultăți metodologice generate de lipsa consensului cu privire la definirea conceptului de prietenie sau de diferențe corelații, implicații inconstante ale prieteniei în tipuri diferențiale de interacțiuni. Unele cercetări au demonstrat că adolescenții care au avut

mai mulți prieteni ce au manifestat comportament perturbator la începutul anului școlar au fost mai predispuși să manifeste și ei același tip de comportament decât colegi de-al lor fără prieteni cu manifestări perturbatoare.

Abordarea funcțională a competenței sociale

Abordarea funcțională dezvoltă o teorie concordantă – teoria rezolvării problemelor sociale (Rubin și Rose-Krasnor, L., 2006) sau cu teoria sistemelor. Această abordare este orientată asupra identificării scopurilor sociale și activităților. De asemenea, se centrează pe rezultate ale comportamentului social și pe procesele care duc la aceste rezultate. Rezultatele sunt private ca produse de joncțiune a acțiunilor individuale cu răspunsurile altora la aceste acțiuni. O contribuție importantă a abordării funcționale a fost dezvoltarea de modele ale procesului de obținere a competenței, care integrează mai multe componente ale abilităților sociale. Au fost conturate atât modele de procesare a informației cât și modele de sisteme. Modelele de procesare a informațiilor în înțelegerea abilităților sociale se bazează pe cercetări cu privire la rezolvarea de probleme sociale. Conform acestor modele, comportamentul social este rezultat al unui proces social-cognitiv desfășurat în mai multe etape. Acest proces constă din: selectarea unui scop social, monitorizarea mediului, a contextului social, generarea și selectarea unei strategii, implementarea strategiei, evaluarea rezultatelor și decizia cu privire la acțiunile viitoare. Competența socială presupune abilități pentru fiecare etapă, precum și abilitatea de a integra pașii într-o structură eficientă.

O abordare sistemică complexă

a competenței sociale descrie modul în care persoana și variabilele de mediu interacționează pentru a produce comportamentul efectiv, implicând trei sisteme de guvernare. Sistemul directiv orientează comportamentul spre rezultatele dorite; aceasta include intenții, anticipări și scopuri. Sistemul de control organizează și monitorizează progresul spre obiectivele propuse. Aceasta include colectarea de informații, planificarea, abilități de rezolvare a problemelor și de coordonare eficientă a comportamentelor sociale. În sistemul de reglementare, informațiile rezultate sunt distribuite înapoi sistemului. Comportamentul competent social este reflectat de funcționarea bună și armonioasă a celor trei sisteme. O altă contribuție importantă a abordării funcționale a competenței sociale este reprezentată de concentrarea atenției asupra obiectivelor sociale și rezultatelor copilului. Investigarea rezultatelor și obiectivelor, cu toate acestea, a fost relativ neglijată în literatura ce dezbat competența socială. Deși această abordare aduce în atenție aspecte bine structurate și creative de evaluare a competenței sociale, se conturează, însă, potențiale deficiențe. În primul rând, determinarea succesului sau eșecului atrage după sine mai multe provocări metodologice și teoretice. Evaluarea rezultatelor poate fi realizată doar în contextul unor scopuri specifice. Dar, un individ poate avea scopuri multiple și potențial conflictuale în aceeași situație. De exemplu, un copil își dorește să determine alt copil să nu-l mai necăjească. Dacă acel copil aleargă la profesor pentru ajutor, agresorul poate înceta comportamentul ostil pentru moment, însă poate dezvolta predispoziția de a extinde comportamen-

tul în viitor. În acest caz, comportamentul copilului ar putea fi apreciat ca fiind un succes în atingerea obiectivului pe termen scurt, dar nu și a celui pe termen lung.

Prisma competenței sociale. Model explicativ și de formare

Rose-Krasnor, Linda (1997) elaborează un model explicativ al competenței sociale ce poate fi valorificat și în dezvoltarea structurată a abilităților sociale. Modelul se prezintă sub forma unei prisme construită din trei niveluri reprezentând Nivelul teoretic, Nivelul Indici și Nivelul Abilități. Nivelul superior al prismei este unul teoretic în care competența socială este definită ca eficiență în interacțiune. Eficacitatea este în general conceptualizată ca rezultat al unui sistem de comportamente, organizat pentru a satisface nevoile pe termen scurt și pe termen lung de dezvoltare.

Nivelul teoretic al prismei definește competența socială ca un proces tranzacțional derivat mai degrabă din interacțiunile între indivizi decât din abilitatea ce rezidă în individul însuși. Succesul social poate fi evaluat numai în funcție de modul în care ceilalți răspund la comportamentul individului. Așadar, eficiența în plan social este un construct situat la confluența dintre individ și mediul social.

Nivelul de mijloc constă în sintetizarea indicilor competenței sociale, care reflectă calitățile pe care trebuie să le aibă interacțiunea, relațiile, statutul grupului, și autoeficiența socială. Elementele nivelului indicii au un fundament social deoarece ele sunt determinate prin tranzacții cu alții. Nivelul Indici este divizat în domeniile *sine* și *alții*. Domeniul Sinele constă din aspecte ale competenței sociale în care nevoile individuale au prioritate (de

exemplu, succesul în îndeplinirea obiectivelor personale). Domeniul *alții* include aspecte ale competenței, care presupun conectare interpersonală. Atât domeniul *sine* cât și *alții* sunt divizate în secvențe contextuale, care reflectă natura specificațională a indicilor.

Secțiunea de la baza prismei reprezintă Nivelul *Abilități* și include abilități sociale (comunicare, empatie, assertivitate, gratificație, rezolvare de probleme, prezentarea sinelui), emoționale și cognitive precum și motivațiile asociate competenței sociale. Luate împreună, aceste comportamente și motivații consolidează în blocuri solide interacțiuni, relații, statutul de grup ce sunt localizate în nivelul de mijloc al prismei.

Acest model poate reprezenta fundamental unui program de intervenție psihosocială, poate fi valorificat în elaborarea unor programe de antrenare a competenței sociale ce pot fi adaptate pe diferite categorii de vârstă, profesionale sau psihosociale.

Strategii creative de afirmare socială

Dezvoltarea gândirii de echipă (teamthink)

Contracararea gândirii de grup, cea care uniformizează și împiedică exprimarea deschisă și diferențiată a opinioilor individuale, poate fi realizată prin dezvoltarea unei gândiri de echipă, aşa cum precizează Septimiu Chelcea (2006, 122). Gândirea de echipă se caracterizează prin efortul fiecăruia de a examina realist toate alternativele înainte ca grupul să ia o decizie. Pornind de la un studiu efectuat de Charles C. Mantz și Christopher P. Neck (1995), Octavian Rujoiu (2004, 206) a prezentat caracteristicile gândirii de echipă: încurajarea discutării părerilor contradictorii, exprimarea liberă

a părerilor/ideilor, conștientizarea limitelor, amenințărilor, recunoașterea unicătăii membrilor echipei, recunoașterea perspectivelor exterioare grupului, discutarea îndoielilor colective, utilizarea părerilor nestereotipizate, recunoașterea consecințelor etice și morale ale deciziilor. Astfel, promovarea gândirii de echipă se realizează printr-un leadership imparțial, prin aplicarea unor proceduri metodice sau chiar creative în luarea deciziilor, prin dezvoltarea gândirii laterale și reducerea presiunii pentru uniformitate, prin evaluarea corectă a membrilor grupului și valorizarea lor echidistantă. Acest tip de management al grupurilor și de structurare a echipelor de lucru stimulează manifestarea competență social și democratică a individizilor ce le compun.

Grupuri creative de formare

Prin *grup creativ de formare* înțelegem un grup mic format din 6-12 persoane care are ca scop stimularea, dezhibarea, creșterea și manifestarea potențialului creativ prin însușirea metodologiei creațivității în timpul activității de grup. Este un grup mic de creștere și evoluție umană în care *formarea se face prin creativitate*. El se aseamănă cu grupul creativ descris de Mihaela Roco în sensul că își propune stimularea și dezvoltarea potențialului creativ al participantilor, dar este o formare prin creativitate în care 80% din timp este consacrat antrenamentelor în tehnici de creativitate și maxim 20% din timp este acordat îmbogățirii fondului informațional interdisciplinar, spre deosebire de grupul creativ descris de creatologi, care este un grup de assimilare prin curs a unor cunoștințe de creativitate în primul rând. Acest tip de grup este promovat de Mariana Caluschi (2001, 143) și reprezintă un fundament pentru dezvoltarea comporta-

mentului competent social prin formarea în rândul participantilor a unui stil de gădire generativ, flexibil, empathic, sensibil la probleme și oportunități (Caluschi, M., 2011), inovativ, ascendent. Formarea prin creativitate obținută în cadrul acestui grup conferă premisele dezvoltării personale, a inițiativei individuale și altruismului membrilor participanți. De asemenea, în grupul creativ de formare se însușesc metode și tehnici de rezolvare a problemelor prin creativitate, metode ce pot fi aplicate cu succes în rezolvarea conflictelor interpersonale sau în rezolvarea creativă a problemelor profesionale pe care individul ca angajat le întâmpină.

Incubatoare de inițiativă socială și comportament civic

Se valorifică în cadrul acestei propunerii metoda analizei rețelei de organizații publice și nonprofit pe care Keith G. Provan, Mark A. Veazie, Lisa K. Staten și Nicolette I. Tenfel-Shone (2005) o prezintă ca eficientă în susținerea parteneriatelor comunitare. Metoda se focalizează pe legăturile existente între agenții sociali, economici, administrativi dintr-o comunitate teritorială, pe punctele de interes comune identificate și pe mijloacele de exploatare a acestora în crearea unei comunități de acțiune și solidaritate. Strategia pe care o propunem este aceea de proiectare a rolului de “antreprenor social” (D. Sandu, 2005) instituțiilor de învățământ care sunt capabile să inițieze parteneriate locale generatoare de progres organizațional și social. Concret, se urmărește punerea în funcțiune, prin intermediul școlii drept catalizator comunitar, a unor “incubatoare” de inițiative sociale care să producă, utilizând resursele existente, servicii utile la nivel individual, organizațional sau local.

Strategii asertive

Robert E. Alberti și Michael L. Emmons (1970, 2008) definesc comportamentul asertiv ca fiind „comportament ce permite unei persoane atingerea intereselor personale, apărarea propriului punct de vedere fără anxietate exagerată, exprimarea sinceră a sentimentelor, apărarea propriilor drepturi fără a le încalcă pe ale altora”. Este deci o „concepție democratică” asupra relațiilor interumane. Asertivitatea este o componentă esențială în manifestarea individului competent civic, deținător al unui comportament civic organizațional. Comportamentul asertiv reduce efecte de frânare socială cum este gândirea de grup, fenomenul deplasării riscului, difuzia responsabilității sau individualizarea. Aceasta deoarece asertivul se afirmă și impune în plan social cu opiniile, emoțiile, interesele pe care le are și le valorizează, dar în același timp prețuiește așteptările și drepтурile celorlații. Persoana asertivă este capabilă să proiecteze inițiative pentru sine și ceilalți putând constitui un catalizator al voluntariatului în organizație. Literatura de specialitate (Cungi, C., 1999, Haddou, M, 2003, Nuță, A., 2005) conturează o serie de strategii prin care individul se poate manifesta asertiv și care pot fi utilizate în însușirea unui comportament competent social. Dintre acestea prezentăm următoarele:

Afirmarea de sine empatică presupune să comunicăm celuilalt ceea ce înțelegem din poziția și problemele lui. Pentru aplicarea acestei tehnici este necesară respectarea unor condiții: ascultarea interlocutorului, verbalizarea unui răspuns, întrebări sau sentiment, ”îndoiala pozitivă” în ceea ce-l privește pe celălalt, luând în considerare argumentele lui și nu greșe-

lile interpretate de noi. ”Comportamentul afirmat” (Alberti, R.E. și Emmons, M., 1970) definește o persoană care se simte bine în pielea ei, este echilibrată, își păstrează calmul și confortul interior. Este încrezătoare în sine, deși conștientă de propriile limite, și capabilă de a se pune în discuție. Confruntată cu probleme de relație, va încerca întotdeauna să le rezolve prin stabilirea unui dialog autentic și deschis, în măsură să concilieze puncte de vedere diferite și opuse.

Tehnica “discului zgâriat” se folosește frecvent în afirmarea de sine și constă în repetarea unei acțiuni ori de câte ori este necesar, dar devenind de fiecare dată mai amabili, și mai politicoși. Această tehnică se pliază situațiilor în care este nevoie de repetarea mesajului impunându-se insistarea.

Tehnica normandului constă în evitarea unei discuții într-un asemenea mod încât interlocutorul să nu fie jignit. Neajungându-se într-o discuție nedorită sau nerăspunzând la o întrebare neconvineabilă nu se realizează decât impunerea propriei persoane.

Altă tehnică folosită în asertivitate este **sprijinul acordat în găsirea unei alternative**. Propunerea unei alternative la solicitarea celuilalt este benefică atunci când situația ne impune să refuzăm, dar dorim să acordăm sprijinul în rezolvarea problemei solicitantului.

La aceste tehnici se adaugă cele de **exprimare pozitivă** a părerilor, de stingere a conflictelor și de reluare, de adresare a întrebărilor, sau chiar de retragere dintr-o situație fără ieșire (refuzul de a asculta).

Perdeaua de fum constă în a da celuilalt sentimentul de acceptare a unor cri-

tici, fără a renunța însă la punctul propriu de vedere. Tehnica este utilizată pentru a preveni manifestări de furie sau critică virulentă prin acceptarea unor eventuale critici, descurajând interlocutorul care nu întâmpină nicio rezistență concretă.

Aserțiunea EU sau cinci legi ale comunicării emoționale oneste. Cornelius Helena și Faire Shoshana (1996, 93-104) propun ca tehnica aserțiunea “Eu” ce contribuie la menținerea poziției și a propriului punct de vedere fără a ataca celală persoană. Aserțiunea “Eu” presupune o clarificare și este un început al conversației ce permite exprimarea sentimentelor în legătură cu un eveniment, într-o manieră constructivă, fără a blama și fără a cere celeilalte persoane să se schimbe. Valorificând aceeași direcție a gândirii, Adrian Nuță (2005, 169-173) propune cinci legi ale comunicării: comunicarea onestă nu implică o judecată a celuilalt, ci a propriilor trăiri și reacții, emoțiile nu au un caracter moral, ele trebuie diferențiate în conștiință și apoi să se ia decizia, emoțiile pot fi integrate cu aspectele mentale și volitive ale finței, exprimarea emoțională este necesară, cu anumite excepții, emoțiile trebuie exprimate atunci când sunt experimentate.

Competența socială se situează pe un loc central în comportamentul cotidian și îndeplinește rolul de factor facilitator al performanței profesionale și sociale. Așa cum este definit de Michael Argyle (1983), acest concept reunește “patternuri ale comportamentului social care dau indivizi competenți din punct de vedere social, cu alte cuvinte, capabili să producă efectele dorite asupra celorlalți indivizi”. Asertivitatea corelată cu empatia, gratificația, autoprezentarea și rezolvarea de

probleme reprezintă abilități ce pot sprijini tinerii în afirmarea și impunerea opiniilor, drepturilor și sentimentelor proprii în fața celorlalți, ca personalități democratice, și pot contribui la reducerea efectelor anxietății și fobiei sociale.

Bibliografie:

1. Alberti, Robert E. și Emmons, Michael L., (2008), *You're Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships*, (Ninth Edition), Impact Publishers, California.
2. Argyle, Michael, (1983), *The Psychology of Interpersonal Behavior*, ed. a IV a, London, Penguin.
3. Caluschi, Mariana, (2001), *Probleme de psihologie socială*, Editura Cantes, Iași.
4. Caluschi Mariana, (2011), O provocare pentru psihologii practicieni: dezvoltarea personală în viitorul extrem. În vol. *Integrarea psihologiei și medicinii în sistemul învățământului în secolul XXI*, Direcția Generală Educație, Tineret și Sport. Chișinău.
5. Chelcea, Septimiu și Chelcea, Adina, (1983), *Eu, tu, noi. Viața psihică – ipoteze, certitudini*. Editura Albatros, București.
6. Chelcea, Septimiu (coord.), Ivan Loredana, Jderu, Gabriel și Moldoveanu, Andrea. (2006), *Psihosociologie. Teorie și aplicații*, Editura Economică, București.
7. Cornelius Helena, Faire Shoshana, (1996), *Știința rezolvării conflictelor*, Editura Știință și Tehnică, București.
8. Cottreaux Jean, (1990), *Les thérapies comportementales et cognitives*, Editura Masson, Paris.
9. Cungi, Charly, (1999), *Cum să ne*

- afirmăm, Editura Polirom, Iași.
10. Haddou, Marie, (2003), *Cum să spui NU? acasă, la serviciu, prietenilor, în viața de zi cu zi*. Editura Trei, București.
11. Holdevici Irina, (1999), *Gândirea pozitivă*, Editura Știință și Tehnică, București.
12. Holdevici Irina, (2002), *Psihoterapia anxietății*, Editura Dual Tech, București.
13. Malim, Tony, Birch, Ann și Hayward Sheila, [1996] (2000), *Psihologie comparată. Comportamentul uman și animal: o abordare sociobiologică*. (Trad. rom. Liliana Grigoriu). Editura Tehnică, București.
14. Morris, Desmond, [1967] (1991), *Maimuța goală*, (Trad. rom. Valeriu Rendec). Editura Enciclopedică, București.
15. Nuță, Adrian, (2005), *Comunicarea. Chipuri, umbre și măști*, Editura SPER, București.
16. Popescu-Neveanu, Paul, (1978), *Dicționar de psihologie*, Editura Albatros, București.
17. Provan, Keith G., Veazie, Mark A., Staten, Lisa K și Teufel-Shone și Nicolette I. (2005), *The Use of Network Analysis to Strengthen Community Partnership*. Public Administration Review, 65, 5, 603-614.
18. Rose-Krasnor, Linda, (2006), *The Nature of social competence: A theoretical Review*, Social Development, 6, 111-135.
19. Rubin, Kenneth H., (1995), *The social problem solving skills of anxious-withdrawn children*, Development and Psychopathology, 7, 323-336.
20. Rujoiu, Octavian F., (2004), *Spre un model constructiv de gândire în organizații: gândirea de echipă. Gândirea de grup vs Gândirea de echipă*, Sociologie Românească, 3, 202-209.
21. Simons, Richard C. (ed.), (1985), *Understanding Human Behavior in Health and Illness*. (3rd edition). Williams & Wilkins, Baltimore.
22. Vera, Luis, (1998), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, PUF.
23. Wilson, Edward O., [1975] (2003), *Sociobiologia*, Editura Trei, București.

SFATURI PENTRU PĂRINȚII

PARTICULARITĂȚILE MANIFESTĂRII GELOZIEI ȘI RIVALITĂȚII FRATERNE (EXEMPLUL FAMILIILOR CU TREI COPII)

Rodica BUNESCU-CHILIMCIUC

Termeni-cheie: concurență, familie, gelozie, paterne comportamentale, rivalitate fraternă.

Abstract

In a family, it happens frequently, that with a newborn has a fraternal rivalry emerges, but from another side a kids competition is to obtain first the attention or the love of their mother (or of any other members in a given environment). This rivalry is being expressed through either positive behavior for example "a higher merit", or negative behavior like envy, failure and breakdown (especially in the case of enuresis and encopresis).

The jealous word expresses insufficiently the fraternal feeling, because they are very complex one. The child has unpleasant feelings when he needs to fight for his advantages or when he is in a rivalry situation, when he has reserves to be exclusive one. He could not have exclusive affection feelings for his brother when he is in a rivalry situation with him, and feels ashamed for that. In reality these feelings are not bad at all, but are a secondary interpreted.

Rivalitatea fraternă - constă în concurență dintre frați pentru a obține primul loc în atenția și iubirea mamei (a tatălui sau a altui membru din familie, ca substitut parental) și se exprimă prin conduite de punere în valoare, fie ele compensatorii, de superioritate față de noul născut sau, dimpotrivă, regresive (C. Gorgos 1998).

Pentru aprecierea unui om este necesar să se cunoască împrejurările vieții sale. Astfel, poziția pe care copilul a ocupat-o în rândurile fraților și surorilor constituie una din numeroasele împrejurări ale vieții. Deci prim-născutul, mezinul sau al doilea copil reprezintă o poziționare a copilului, în spectrul familial, care poartă după sine deosebită încărcătură informațională.

Noi toți venim din copilărie cu anumite paterne comportamentale. Este

vorba despre niște modele de conduită preluate, învățate. Locul – poziționarea în timp, în spațiu a copilului – determină alegerea paternului comportamental sau învățarea anumitor paterne. Acest loc cronologic determină relațiile dintre frați, relațiile copiilor cu părinții; în mod specific afilierea, afecțiunea. Totodată relațiile respective îl fac pe copil să ia o revanșă, să compenseze deficitul de atenție, fiecare făcând-o în felul său.

„La copii gelozia este de găsit aproape întotdeauna, mai ales când se naște un altul mai mic, asupra căruia se îndreaptă mai mult atenția părinților, aşa încât copilul mai mare apare ca un rege detronat. Devin gelosi îndeosebi acei copii care de la început s-au bucurat de o afecțiune confortabilă” cum se vorbește în cazul oferit de A. Feud.

La o anumită vîrstă, se exprimă sentimente diferite în aceeași manieră; astfel, copilul poate să protesteze, să fie iritabil, plângăios, agitat, fie pentru că e nenorocit sau trist, fie pentru că e invidios, gelos sau umilit. Reacțiile comportamentale, afective nu se exprimă întotdeauna direct (Adler, 1996, p. 213).

Cuvântul „gelos” exprimă insuficient complexitatea sentimentelor fraterne. Copilul resimte în același timp o oarecare neplăcere când trebuie să cedeze altuia o parte din avantajele care îi erau rezervate până atunci în exclusivitate. Nu se pot nutri sentimente de dragoste absolut pure pentru un usurpator și se întâmplă să-i arate frățiorului cu atât mai multă afecțiune, cu cât copilul se simte mai rușinat de „sentimentele rele” pe care le nutrește față de el și de care încearcă să se ferească. În realitate, aceste sentimente nu sunt rele, ele sunt firești și nu devin rele decât datorită unor interpretări secundare.

A. Adler (1996, p. 65) vorbește despre o gelozie exacerbată, care poate avea consecințe tragice (cazul-limită al unei fetițe de opt ani care a săvârșit trei omoruri).

„Frecvent se întâmplă ca o nouă naștere în familie să producă o *rivalitate fraternală*, adică o concurență între copii pentru a obține primul loc în atenția sau dragostea mamei (sau a unui alt membru din anturaj). Această rivalitate se manifestă prin conduite pozitive de „punere în valoare” sau prin conduite de gelozie, de agresivitate, de eșec și de regrese (în special enurezis și encoprezis)” (Bronckart, 1999, p. 336).

După cum susține Adler (1996, p. 214), o altă formă a acestui tip de relații, care poate să genereze manifestări de

gelozie, este rivalitatea excesivă dintre frați și surori. Fata, impulsionată de sentimentul că este desconsiderată, nu rarori reușește ca, prin hărnicie și voință, să-și depășească fratele, adesea în complicitate cu natura care-i vine în ajutor, pentru că este știut că la pubertate fetele se dezvoltă mult mai rapid decât băieții, atât din punct de vedere corporal cât și spiritual, pentru ca ulterior această diferență să dispara treptat.

Se pot trezi manifestări de gelozie în familiile cu copii de ambele sexe. Bunăoară, societatea noastră poate părea incorrectă pentru o fată, care se poate revolta ușor văzând că, aşa cum se obișnuiește astăzi, venirea pe lume a unui băiat este salutată cu o bucurie deosebită, el fiind tratat cu mai multă grijă și dragoste și având tot felul de alte avantaje, de care fetele se văd lipsite.

Între un frate și o soră poate să existe tot atât de bine o prietenie afectuoasă, ca și o rivalitate săngheroasă, întemeiată pe războiul dintre sexe (Berge, 1972, p.76).

Frățiorul pe care-l adori și frățiorul pe care-l detești pentru că părintii se ocupă prea mult de el, coexistă în același înveliș trupesc, care poate cuprinde și alte tipuri, mai mult sau mai puțin efemere, de frățiori, potrivit fluctuațiilor împrejurărilor. Regăsim aici un fenomen care amintește contradicția dintre evidența senzorială și evidența rațional semnalată.

Gelozia se manifestă în forme din cele mai diferite. O recunoaștem în trăsături ca suspiciunea, înclinația de a spiona, de a se lua la întrecere, precum și în permanenta teamă de a nu se vedea desconsiderat. Care formă va predomina, depinde de pregătirea de care s-a beneficiat până atunci în ceea ce privește viața socială.

Poate există o gelozie care se mistuie pe sine sau una care se revarsă într-o comportare temerară, energetică. La femeia înclinată să joace tare se poate manifesta încercarea de a-și obține rivalul sau în speranța de a-l încătușa, de a-i îngărdi libertatea, de a-i impune dominația sa.

O metodă preferată de cei gelosi este aceea de a le fixa reguli de conduită partenierilor. Urmând o linie psihică proprie, ei le impun celorlați o lege a iubirii, de exemplu, izolându-i de lume, prescriindu-le unde și ce să privească, ce și cum să facă, orientându-le întreaga gândire. Gelozia poate de asemenea să-și servească scopul denigrându-l pe celălalt, făcându-i reproșuri etc.

Reacțiile pe care le provoacă apariția unui frate mai mic sunt de mai multe tipuri: în funcție de diferența de vîrstă, de asemănarea sau deosebirea dintre sexe, de contextul familial, de prezența celorlați frați și surori, precedenți, intermediari sau următori (și numărul lor), situația nu se prezintă în același fel. Pentru fratele cel mai mare al treilea frate reprezintă o revanșă luată asupra celui mai mic.

E de la sine înțeles că cei din minoritate să fie apreciați drept cei dificili, de către cei din majoritate. *Vae victis!* Dar uneori există câte un băiat sau câte o fetiță, care se află în situația unor izolații, de exemplu între „cei mari” și „cei mici”, și caracterul copilului se resimte din această cauză. El se „închistează” oarecum; el este împotriva tuturor, în afara cazului când a găsit un derivativ într-o activitate cu totul personală și care nu pretinde nici o colaborare.

Copiii cred lesne că sunt preferați frații și surorile lor, întrucât miza luptei o constituie, aproape întotdeauna, sub o

formă fățișă sau ascunsă, dragostea părinților. Astfel în lipsa părinților relațiile dintre ei iau o altă formă, manifestând o înțelegere exacerbată. Aceasta se întâmplă tocmai din cauza absenței părinților și pentru că, în consecință, miza dispăruse de la orizont.

În lucrarea sa *When your child drives you crazy* (1985, p. 78) (*Când copilul dumneavoastră vă scoate din minți*), Eda Leshan vorbește despre relațiile dintre frați, despre dragostea și invidia dintre aceștia. Autoarea susține că relațiile dintre frați și surori sunt influențate în mare măsură de poziția mamei.

„Poziția ocupată de mamă generează rivalitatea dintre frați care poate fi privită în sens larg sau restrâns” (C. Gorgos, sub. red., 1988).

I. Mitrofan (1991) susține că rivalitatea fraternală în sens larg se constituie inițial în raport cu mama la nașterea unui frate sau a unei surori, față de care se conjecturează reacția de gelozie, ajungându-se uneori până la agresiune fizică și chiar (cazuri citate în literatura de specialitate) la uciderea fratelui.

Rivalitatea fraternală generează ori reacții agresive ori reacții dimisionare, cu valoare de eșec.

„Locul pe care îl ocupă copilul în cadrul familiei își lasă amprenta în relațiile dintre frați” (Leshan, 1990, p. 190). Astfel, primul copil este percepță de către ultimul ca fiind „un dumnezeu”, activitățile întreprinse de primul servind drept exemplu pentru cel mai mic. Primul copil este cel care are grija de fratele mai mic, ceea ce generează invidia și repulsia față de mezin.

Leshan (1990) susține că relațiile dintre frați sunt dominate și influențate de

gen. Băiatul își urăște sora, deoarece tata manifestă un comportament agresiv față de mama copilului. Autoarea descrie un exemplu în care surorile se aflau în relații foarte bune.

Pentru a-l ajuta să își ocupe un anumit loc în familie și pentru a împiedica legăturile prea distante între cei mari și mezin, trebuie uneori să vă impuneți să îl scoateți de sub tutela dumneavoastră cât mai repede.

Numai în cazul în care diferența dintre mezin și frații mai mari este mare, se vor naște reacții de invidie din partea ultimilor, pentru afecțiunea deosebită pe care o purtați celui mic. Mezinul va suferi sigur din cauza acestei invidii și o va găsi nedreaptă. În cel mai rău caz, poate lua chiar decizia de a se desparti de familie pentru a nu mai fi ținta invidiilor.

Toată lumea este de acord că nașterea primului copil produce o mare schimbare în viața părinților lui, iar venirea pe lume a celui de-al doilea copil duce la schimbări importante în viața în viața membrilor familiei. Uneori, acestor schimbări nu se acordă atenția cuvenită. „Așa cum am procedat cu primul, vom proceda și cu al doilea”, spun parinții ignorând un fapt esențial – al doilea copil este diferit de primul.

Relațiile fraterne au un rol important în procesul devenirii personalității, contribuind la formarea unor structuri atitudi-

nal-relaționale necesare pentru adaptarea și integrarea în relațiile extrafamiliale. Noi ne propunem cercetarea minuțioasă a acestei probleme în țara noastră.

Bibliografie

1. Adler, A., (1996), *Cunoașterea omului*, Editura IRI.
2. Berge, A., (1972), *Copilul dificil*, *Editura Didactică și Pedagogică*, București.
3. Barus – Michel, J., Luc Ridel, (1998), *Crize: Abordare psihosocială clinică*, Iași, Polirom.
4. Ciofu, C., (1998), *Interacțiunea părinți-copii*, București.
5. Dimitriu, C., (1973), *Constelația familială și deformările ei*, Editura Humanitas, București.
6. Mitrofan, I., Mitrofan, N., (1991), *Familia de la A ... la Z*, Editura Humanitas, București.
7. Golu, P., Zlate, M., Verza, E. (1993), *Psihologia copilului*, *Editura Didactică și Pedagogică*, R. A., București.
8. Mitrofan, I., (2003), *Cursa cu obstacolele a dezvoltării umane*, Editura Polirom, Iași.
9. Mitrofan, I., Ciupercă, C., (1997), *Psihologia relațiilor dintre sexe. Mutății și alternative*, București.
10. Leshan, E., (1990), *Когда ваш ребенок сводит вас с ума*. Москва.

OPINII, DISCUȚII

„Toate necazurile oamenilor vin din incapacitatea lor de a sta singuri și tăcuți într-o cameră goală”.
Blaise Pascal

IMPACTUL CONSILIERII SPIRITUALE ASUPRA MODIFICĂRII SISTEMULUI DE VALORI LA PERSOANELE ÎN ETATE

Mariana MARIŞ

Cuvinte - cheie: consiliere spirituală, sistem de valori, tip de personalitate, religiozitate, rugaciune.

Abstract

This article highlights the fact that the value system of elderly people is a stable element, built throughout their lifetime, which is guiding their personality. The personality type and the corresponding value imply crucial moments which need to be taken into account in organizing the spiritual counseling. The results of research conducted on elderly people revealed that for them spiritual life is a reality to which they relate. Thus the personality type which has as basic value the religious value is the predominant type and this is what determines the specific approach towards them such as spiritual counseling. The research revealed that this is an effective way of working with elderly people.

În plin proces de globalizare ne întrebăm ades care este locul personalității ca subiect uman în societate. De asemenea, care este impactul acestui proces în plan de metamorfoză a rolurilor și statusurilor sociale. Un segment destul de vulnerabil care resimte cel mai acut schimbările radicale din societatea modernă rămâne a fi persoanele în etate. Rolul consilierului la această etapă de vîrstă este la fel de important ca și la celealte perioade etative din viața individului. În literatura de specialitate întâlnim puține lucrări care se adresează anume particularităților vîrstei a treia, preponderent fiind pus accentul în cercetare pe fazele timpurii de dezvoltare a personalității.

Acest articol își propune drept scop să analizeze impactul consilierii spirituale creștin-ortodoxe asupra personalității umane, totodată și relevarea unor caracteristici semnificative cu privire la sensul, conținutul și autenticitatea acestui tip de consiliere.

Întâi de toate ne-am propus să analizăm sumar conceptul de consiliere spirituală și importanța acestei activități psihologice în construirea sau reconstruirea sistemului de valori spirituale. Termenul de “spiritual” are o varietate de sensuri în limba română. Conform acceptărilor recunoscute și definite de către “Dicționarul Explicativ”, prin spiritual putem înțelege ceva care aparține:

- spiritului, privitor la spirit, ideal, imaterial, sufletesc, intelectual;
- religiei sau bisericii, bisericesc, religios, duhovnicesc [3].

Altă delimitare conceptuală ne prezintă spiritualitatea drept o „*știință care, plecând de la adevărurile revelate, dă regulile de urmat pentru a atinge desăvârșirea.*” [4].

Conform „*Dicționarului de teologie ortodoxă*”, „spiritualitatea reprezintă simțirea sau expedierea conștientă a harului lui Dumnezeu, care se manifestă într-un mod de cunoaștere, și de viață, în care spiritul își recapătă - sau este reconsiderat în - libertatea și noblețea sa. Consilierea spirituală este un aspect al psihologiei transpersonale. Pentru prima dată acest termen a fost utilizat în Europa de K. Jung, ulterior el a fost drept baza cercetărilor în psihologia umanistă. Engler (1984) menționa că psihologia transpersonală presupune posibilitatea de lărgire a orizonturilor psihologiei ca știință asupra dimensiunii spirituale a existenței umane. Conform aceleiași surse, psihologia transpersonală pune accent pe studiul stăriilor și al proceselor psihice în care personalitatea analizează legăturile profunde din interiorul propriei ființe în raport cu universul și cu Dumnezeu. Engler în articolul său privind rolul meditației în cadrul psihoterapiei a pus accent pe manifestarea sinelui la personalitate prin intermediul psihoterapiei bazate pe două perspective: budistă și psihologică. El consideră că prin aceste două abordări noi putem scoate în evidență diversele momente de turnură din viața individului ce au declanșat o anumită patologie. Autorul a subliniat rolul ce-l au meditațiile asupra delimitării sinelui de zona proximă acestuia [2, p. 25]. Un alt studiu realizat de psihologii români Ion

Mânzat și Maria Tănase-Mânzat (2006) pune accentul pe rolul rugăciunii în cadrul consilierii spirituale. Ei au definit consilierea spirituală prin comunicarea cu ajutorul gândului și al mintii sau prin intermediul tăcerii, ceea ce presupune și rugăciunea [6, p 48]. Prin rugăciune înțelegem orice activitate prin care ne oferim lui Dumnezeu cu gândurile, cu faptele și cu întreaga noastră ființă [5, p. 37]. Lovinescu ne propune asocierea rugăciunii cu o „coadă de cometă a cuvântului”, ceea ce se adresează preponderent la practicarea ei, precum și la efectul terapeutic asupra persoanei care o practică.

În cadrul cercetării realizate am pornit de la **ipoteza** potrivit căreia persoanele care beneficiază de consiliere spirituală dezvoltă un sistem atitudinal-valoric specific.

Pornind de la premisa că persoanele aflate într-un proces de consiliere spirituală își modifică sistemul atitudinal-valoric în sensul prevalenței valorilor spirituale, am aplicat „*Testul valorilor personale*” pe subiecții din lotul experimental.

Valorile personale

În timpul procesului de consiliere spirituală persoanele își modifică sistemul atitudinal-valoric în sensul prevalenței valorilor spirituale, valori care sunt considerate *veșnice* (din perspectiva religiei creștin-ortodoxe) și al căror efect poate fi descris sub forma de „*comunicare directă și nemijlocită cu Instanța Supremă, cu Divinitatea*”. Acest efect este resimțit de fiecare subiect în toate aspectele vieții sale cotidiene (în familie, cercul de prieteni, la locul de muncă, relațiile sentimentale, etc), chiar și atunci când acesta nu se află în timpul fizic al consilierii spirituale în sine sau în Biserică, la rugăciune, la Sfintele Slujbe. Persoana își găsește un

sprijin, o motivație, simte că există Cineva care îl iubește sincer și necondiționat și împreună cu care poate depăși problemele cotidiene cu care se confruntă. Persoana creștină simte, în măsura în care înțelege și acceptă consilierea spirituală, că există Cineva care îl *aude* cu adevăr și înțelege cererile, nemulțumirile, suferințele etc. și care, mai mult, nu se va supăra, nu îl va certa și nici nu îl va iubi mai puțin dacă greșește. Descoperă aşadar Iubirea lui Dumnezeu pentru om, care este nelimitată. Această dragoste începe să o trăiască în ființa lui sau să o interiorizeze, fiindcă prin consilierea spirituală, Harul lui Dumnezeu pogoară peste inima omului, după cum însuși Hristos a dăruit omului viață veșnică, iar prin aceasta etermitatea. Preoții dispun de puterea de a mijloca relația cu Dumnezeu, ca unul ce este un îndrumător îscusit și înțelept și de a ajuta sufletul să se vindece de orice boală și neputință sau complex, de a se înfrumuseța. Acel Har primit în Sfânta Spovedanie, în consilierea sufletului, rămâne în ființa omului, îl curățește de orice păcat, căci trăirea intensă a păcatului se află la baza multor patologii.

Înainte de toate, vom face o scurtă prezentare a celor șase tipuri corespunzătoare de personalitate privind cele șase tipuri de valori dominante: tipul teoretic, estetic, economic, politic, religios, social.

Tipul teoretic. O persoană ce corespunde acestui tip este, în primul rând, preocupată de descoperirea adevărului. Acest tip de personalitate își asumă o atitudine „*cognitivă*” în atingerea obiectivului propus, fiind orientată preponderent să observe și să raționeze în baza observațiilor realizate. În cadrul acestui proces, personalitatea „*teoretică*” va căuta particularitățile fundamentale și deosebirile,

respingând aspectele legate de frumusețe și utilitate, această caracteristică o vom regăsi în următorul tip.

Tipul estetic. Pentru tipul estetic cele mai înalte valori sunt bazate pe frumusețe și armonie. Judecând fiecare experiență din perspectiva armoniei, grației și simetriei, tipul estetic percepse viața ca o înlanțuire de evenimente, însotite de senzații și impresii care sunt trăite de dragul și din pura placere de a fi trăite și experimentate. Un astfel de individ are nevoie nu doar să fie un artist creativ, ci să fie „*estetic*”, în sensul în care cel mai mare interes pe care-l manifestă ține de „*esteticul*” și „*artisticul*” prezent în fiecare episod al vieții sale.

Tipul economic. Pentru individul „*economic*” cea mai înaltă valoare rezidă în ceea ce este util. Acest tip de persoană este înainte de toate o persoană practică, conformându-se îndeaproape stereotipului omului de afaceri american de succes. Persoana „*economica*” este preocupată în achiziționarea de bunuri materiale.

Tipul social. Cea mai înaltă valoare a tipului social este iubirea manifestată pentru ceilalți oameni. Este evident că o astfel de persoană percepse atitudinile tipului teoretic, economic și estetic ca fiind lipsite de esență și artificiale. El analizează existența prin perspectiva dragostei pe care o consideră drept unică formă perfectă în cadrul relațiilor umane. În forma ei cea mai pură, dragostea transpune atitudinea socială în afara egoismului, fiind foarte apropiată de valoarea religioasă.

Tipul politic. Interesul dominant al tipului politic este puterea. Întrucât competiția și lupta sunt inerente în viață, mulți filozofi au susținut ideea precum că puterea este o motivație umană universală și fundamentală. Unele dintre primele scri-

eri ce reflectă acest punct de vedere aparțin psihologului Alfred Adler. Activitățile vocaționale ale acestui tip de persoană nu țin neapărat de domeniul politic, întrucât liderii din orice domeniu pun, în general, un mare accent pe putere.

Tipul religios. Pentru persoanele religioase cea mai mare valoare este unitatea. Prin intermediul aspectului mistic, ele caută să experimenteze și să interpreteze lumea drept un întreg complex. Individul religios este acea persoană care se orientează în mod permanent spre crearea celei mai înalte și absolut satisfăcătoare experiențe transpersonale. În același timp, însă, există modalități diferite de a trăi acest nivel de experiență. De exemplu, anumite persoane religioase sunt „*immanent mystice*”, persoane care găsesc sensul religios în afirmarea și participarea activă în viață, în timp ce altele sunt „*transcendental mystice*”, ce depun un efort permanent spre unirea cu o realitate mai înaltă prin retragerea din viață, ca de exemplu, călugării. Însă, în ciuda tipului particular de exprimare, persoana religioasă caută, în esență, unitatea și un înțeles superior în dialog cu Universul.

În cadrul etapei experimentale am aplicat *Testul valorilor personale* (Allport&Vernon) pe subiecții lotului experimental [1]. Lotul experimental a fost constituit din persoane în etate, care beneficiază de consiliere spirituală, printre acești subiecți au prevalat cei ce aparțin de tipul estetic, teoretic și religios în comparație cu tipul social, politic și economic. Acest aspect poate fi explicat prin natura mai personală a tipurilor teoretic/estetic/religios, comparativ cu natura socială a celorlalte trei tipuri care obțin valori medii mai mici. Ceea ce este caracteristic pentru populația republicii rămâne

a fi implicarea redusă în viața economică (exceptând cazurile de economie de subsistență) și cea social-politică, o lipsă de disponibilitate de a se implica în societatea civilă datorate sărăciei și neîncrederii generalizate, atât în oameni, cât și în instituțiile statului [5:2].

De asemenea, cele trei tipuri dominante pentru persoanele care beneficiază de consiliere spirituală se caracterizează prin dominantă aspectului abstract, mental, spre deosebire de celelalte trei tipuri, care se caracterizează mai degrabă prin aspectele concrete, aplicative, legate de realitatea socială în care trăim. În același timp, din analiza realizată privind raporturilor dintre tipurile economic, social și politic am dedus că cea mai mare dominantă o are tipul social.

Acest rezultat statistic vine să fie înărtit de concepția împărtășită din viața de zi cu zi și modalitatea prin care Biserică și enoriașii (credincioșii) ei se implică în viața socială, de asemenea că manifestarea religiei implică, pe de o parte, interesul pentru viața „*de dincolo*”, dar, în același timp și interesul pentru viața de zi cu zi, pentru viața comunității și a celorlalți oameni, în general. De asemenea am determinat prin analiza rezultatelor că în cadrul grupului de persoane care beneficiază de consiliere spirituală, tipurile religios și economic sunt polarizate în dependență de natura atașamentului manifestat. Drept rezultat al cercetării putem susține că în timp ce tipul religios se situează la polul ce presupune un atașament puternic, tipul economic, dimpotrivă, la polul caracterizat printr-un atașament slab.

Atașamentul slab îl putem asocia cu nonatașamentul, ceea ce presupune din perspectiva moralei creștine un nonatașament față de bunurile acestei lumi și

orientarea personalității către „*bunurile*” spirituale. Aceste bunuri spirituale sunt predicate în cadrul religiei creștin-ortodoxe și se regăsesc la nivel de personalitate prin configurarea tipului religios și prin modificarea sistemului de valori sau generarea de noi valori specific religioase.

Cu referire la tipul social, rezultatele obținute privind atașamentul față de bunurile sociale îl putem considera ca drept moderat la cei mai mulți dintre subiecții intervievați. Astfel, puțini au fost acei subiecți din lotul experimental care nu se identifică deloc sau se identifică prea puternic cu acest tip de personalitate. Atașamentul moderat al persoanelor care beneficiază de consiliere spirituală față de valorile sociale poate fi explicat prin dubla orientare a acestor persoane către viața socială și viața spirituală, manifestând interes față de viața spirituală și rămânând non atașați exagerat de viața socială.

În ciuda faptului că majoritatea persoanelor testate obțin un scor mediu pe toate cele șase tipuri de personalitate descrise anterior, fiecare individ obține un scor mai mare, pe una sau două dintre dimensiuni privind aceste tipuri. Precum am menționat anterior tipul de personalitate dominant și care a obținut cel mai mare scor în urma aplicării *Testului valorilor personale*, este tipul religios. Tipul religios domină în aproape jumătate dintre cazuri, fiind urmat de tipul teoretic, cel economic, estetic și social, cel politic a fost dominant doar la o singură persoană din cele studiate.

În baza rezultatelor obținute putem susține că religia ocupă un loc privilegiat în modelarea atitudinilor și în ghidarea comportamentului uman. Comportamentul persoanelor ce au fost atribuite ca aparținând tipului religios își expun

propriile gânduri și acțiuni prin raportarea la spiritualitate, decât prin raportare la rațiune științifică sau economică. Față de acest tip de personalitate, subiecții ce au fost determinați ca având drept tip dominant tipul estetic sunt în minoritate. Tipul politic, printre subiecții investigați, este un procent minor și poate fi considerat drept o categorie periferică în cercetarea noastră.

Analiza datelor obținute ne-a relevat în același timp prezența mai multor valori dominante specifice persoanelor din grupul experimental. Astfel, am constatat că primele două tipuri de valori care sunt dominante la persoanele din grupul experimental pot fi prezентate în următoarea formulă: estetic + religios și social + religios.

Aceste două tipuri, reprezentate în ponderi relativ egale în rândul subiecților studiați, reprezintă totodată și cele două fațete ale religiozității: **ascetismul** și **activismul**.

Prima fațetă a religiozității presupune o participare redusă la viața socială, retragere, introspecție și rugăciune, în timp ce a doua fațetă favorizează implicarea socială prin acte de caritate, misionarism etc.

Cel de-al treilea binom valoric în ordinea predominanței este cel economic-teoretic care s-a întâlnit la aproximativ 12% dintre subiecții cercetați. Acest tip de personalitate are drept particularitate calculul, o gândire seculară și care favorizează tipul de acțiune socială rațional-logică (Weber), aceste personalități pun mai presus de orice valoarea eficienței. Tipul economic-teoretic prin opozиie cu cel social-teoretic întâlnit la 10% dintre persoanele investigate, aderă la valorile individualiste specifice tipului economic-teoretic care este prezent în orientarea li-

berală. La baza orientării liberale întâlnim prezența valorilor umaniste, de solidaritate și întrajutorare, caracteristice ideologilor de stânga de pe axa politică. Astfel, chiar și în cazul tipurilor de personalitate la care valorile politice nu ocupă un loc important, criteriile ce separă cele două extreme de pe axa politică: stânga-dreapta fac distincția în modalitatea prin care este pusă în valoare partea economică în raport cu partea socială.

Rezultatele obținute scot în evidență câteva categorii aparent surprinzătoare care au fost determinate la mai mult de 5% dintre subiecții investigați: binomul religios-teoretic (~8% din eșantion) preferat de persoane care au reușit să armonizeze în sistemul lor valoric știința cu religia, precum și tipul economic-religios ce constituie o valoare de bază în cazurile persoanelor credincioase în etate care sunt axate și pe aspectul material al vieții.

Drept concluzie putem menționa faptul că aplicarea consilierii spirituale în cazurile persoanelor vârstei a treia deschide noi orizonturi de abordare practică a crizei caracteristice perioadei etative propriu-zise. Rezultatele cercetării au con-

firmat ipoteza conform căreia organizarea consilierii spirituale are un impact pozitiv în planul organizării sistemului de valori personale la subiecții investigați.

Bibliografie:

1. Allport, G., (1981), *Structura și dezvoltarea personalității*, EDP, București.
2. Engler, Jack, (1984), *Therapeutic aims in psychotherapy and mediation: developmental stages in the representation of self*, in Journal of Transpersonal Psychology, Vol. 16 (1), 25-61.
3. Coteanu, Ion, Mareș Lucreția, (1998), *Dicționar Explicativ*. Univers encyclopedic, București.
4. Gainet, Jean Claude, (1853), *Dictionnaire d'Ascétisme*. col. 1514, Paris.
5. Iloaie, Ștefan, *Misiunea Bisericii în contextul secularizării*. În rev. "Renaștere", Anul XVII, serie nouă, noiembrie 2006, 11 (199), p. 2
6. Mânzat, Ion, Tanase-Mânzat, Mariana, (2006), *Psihologia tăceri –liturghiile silentioase ale sinelui*, Editura, Psyche, București.

CERCETĂRI, SONDAJE, RECOMANDĂRI

OPTIMIZAREA IMAGINII CADRULUI DIDACTIC UNIVERSITAR DIN MEDICINĂ

Iuliana FORNEA

Termeni - cheie: imaginea profesorului instituției de învățământ superior medical, imaginea personalității, optimizarea imaginii, cadru didactic universitar (CDU), imaginea pozitivă, imaginea negativă, personalitatea reală a profesorului, personalitatea ideală a profesorului, trăsătura personalității, factor al personalității.

Summary

Medical professor must be appeared himself through his personality and professional skills, and this factor will appropriate him to „so called” „ideal of personality”, according to necessities and expectations of the modern society, colleagues and their students, and these needs and expectations we may find in the sphere of european educational society.

With the help of formative experiment we avoid the disaccordance between the personal characteristics and the medical University teacher's motivation of development i.e. there were put away internal conflicts and the adequate motivation for improvement it was established.

With the help of psychopedagogic program which was elaborated, in the process of training, there were registered considerable improvements in the medical university teacher's image, its quality and structure.

Profesorii de la medicină au educat și continuă să formeze mii de studenți. Unii dintre ei au învățat și au reușit, alții au eșuat și nu au reușit să se regăsească în aria vastă a cunoștințelor medicale. Există însă o categorie aparte de studenți care se remarcă în mod deosebit, dar posedă o educație bună și multă pasiune și dorință de a obține succese mai mari în activitatea aleasă. Toate acestea se datorează faptului că profesorul de la medicină este o personalitate dezvoltată armonios, care transmite dragostea față de profesia sa, prin pasiunea, prin atitudinea și exemplul propriu față de ceea ce este cu adevărat valoros pentru viitorii medici.

Imaginea profesorului într-o măsură semnificativă influențează studentul și această influență în general are un caracter nonformal. În cazul utilizării eficiente

a imaginii profesorului este posibilă creșterea calității procesului de învățământ [10]. Anume din aceste considerente este deosebit de actuală problema studierii particularităților percepției imaginii cadrului didactic universitar (CDU) de către studenți. Pentru rezolvarea acestei probleme complexe este necesar de studiat caracteristicile calitative ale imaginii „ideale” ale profesorului.

Profesorul de la medicină trebuie să se impună prin personalitatea și măiestria profesională a sa, care necesită să se apropie de ceea ce este numit astăzi „ideal al personalității”, ce corespunde unor exigențe și expectanțe din partea societății moderne, colegilor și discipolilor săi, ceea ce regăsim în cerințele și principiile înaintate de spațiul european comun educațional.

În cercetare a fost antrenat un eșan-

tion de **946 persoane** format din două loturi experimentale: *Lotul experimental (LE) I - 476* studenți (anii II, III și VI de studiu cu vârstă cuprinsă între 17-30 ani) și *Lotul experimental (LE) II - 470 CDU* (lectori cercetători, magistrați și lectori cu diverse grade didactice) ai USMF „N. Testemițanu” din Chișinău, Facultatea de Medicină Generală. Eșantionul a fost format în mod aleator.

Pentru o analiză mai eficientă a imaginii profesorului **instituției de învățământ superior medical (IIISM)** este necesar să ținem cont de următoarele criterii:

- **Autoaprecierea profesorului.** Se percepce ca reușită acea imagine a profesorului care provoacă anumite sentimente profesorului – conștientizarea personalității sale, a valorii sau chiar a măreției personale, etc.

- **Aprecierea externă.** Aprecierile și percepțiile sociale, care pot fi nu numai pozitive.

- **Realizarea scopurilor propuse.** Realizarea practică a scopurilor planificate, susținută de încrederea că ele pot fi împlinite cu ajutorul „imaginii”. Ținând cont de aceste criterii, va fi mai reușită imaginea care este caracterizată de mai multă plasticitate, deci ea poate fi schimbată și transformată de profesor, în cazul apariției anumitor bariere sau în funcție de cerințele sociale și personale. Profesorul, care își creează imaginea sa proprie, devine subiectul unui nou domeniu al imidjelologiei - imageologia pedagogică [5].

Imageologia pedagogică este un domeniu științific sistemic și direcțional, care studiază legitățile formării, funcționării și gestionării imaginii profesionale a pedagogului. În limitele ei imaginea profesorului este cercetată ca produs al activității deosebite de creare sau reorganizare a

imaginii, ca rezultat de depunere a eforturilor profesionale direcționate [5; 6].

Imaginea profesorului este stereotipul expresiv al percepției imaginii profesorului în reprezentarea grupului de discipoli, colegi, cercului social și a întregii societăți [1; 2].

Proiecțarea imaginii profesorului este activitatea de creare sau schimbare a imaginii, ea nu poate fi cercetată numai din punctul de vedere al vieții psihice a individului, dar nici exclusiv ca manifestare a factorilor externi, ci trebuie să fie studiată și de pe poziția influenței grupului. Imaginea acționează în condiții nu prea favorabile pentru extinderea ei, de aceea ea trebuie construită astfel, încât să poată corespunde reacției unitare a auditoriului față de ea [7; 8].

Ținând cont de cele menționate mai sus, putem defini termenul „*imaginea profesorului*” în aspect social-psihologic este portretul profesorului, care se formează în procesul interacțiunii lui cu subiecții activității didactice universitare.

În acest context este important să analizăm și calitățile psihologo-pedagogice de bază ale imaginii pedagogului [2, p. 35] care sunt:

1. **Vizualitatea** – frumusețea, farmecul exterior, puterea de atracție exterioară.

2. **Elocvența** – expresivitatea vorbirii, pricperea de a poseda vocabularul său la perfecție.

3. **Comunicativitatea** – pricperea de a stabili ușor contactul cu oamenii.

4. **Empatia** – abilitatea de a simți și a înțelege trăirile oamenilor.

5. **Stabilitatea la stres** – pricperea de a-și controla emoțiile proprii.

În continuitatea ideilor expuse, vom menționa astfel că imaginea pedagogului este o formăjune sistemică integră, ce-și

are structura sa, care include în sine următoarele componente interdependente:

- **Internă** (cunoștințe, priceperi, abilități, mecanisme, valori, autoaprecierea, concepția Eu-lui);
- **Externă** (habitară, verbală, cinetică, de mediu, de materializare);

• **Procesuală** (stilul managerial și de comunicare) [4, p. 10].

Ca un sistem integrat imaginea pedagogului se caracterizează prin legăturile stabile ce există între elementele și componente generale, și care consolidează structura acestuia (vezi fig. 1).

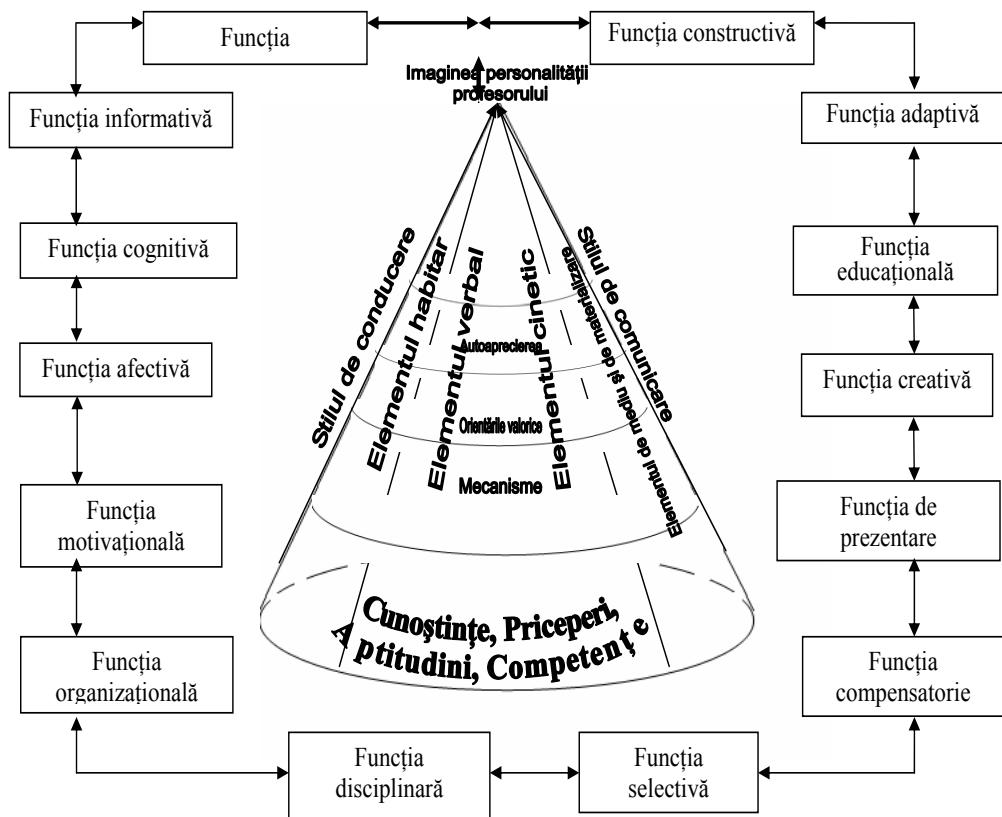


Fig. 1. Modelul structural-funcțional al sistemului imaginii personalității profesorului [2, p. 160].

Activitatea de construire a imaginii profesorului cuprinde următoarele etape:

- *Stabilirea cerințelor auditoriului.* Pentru realizarea sarcinilor propuse este nevoie de susținerea din partea auditoriului studențesc.
- *Stabilirea laturilor puternice și slabе ale participanților la procesul didac-*

tic. Ca obiect poate fi orice participant al procesului pedagogic complex.

- *Conturarea imaginii profesorului în corespondere cu cerințele auditoriului.* Acesta este un aspect foarte important al procesului. Psihologii practicieni recomandă profesorilor să lucreze nu numai asupra părților slabe, ci și să-și valorifice

sau intensifice părțile pozitive pe care le posedă. Anume astfel de strategie este recunoscută ca cea mai eficientă.

• *Transferarea caracteristicilor solicitate ale obiectului în formă verbală, vizuală și de eveniment.* Mesajul transmis în aşa mod este mai veridic apreciat de către auditoriu [2; 5].

Ținând cont de criteriile menționate mai sus, la etapa de bază în construirea imaginii trebuie să se țină cont de particularitățile determinante ale conștiinței sociale, ce nu se schimbă brusc și este condusă de un anumit tip de imagine. Din această cauză, varianta inițială a imaginii profesorului este foarte valoroasă.

Influența reciprocă în cadrul învățământului determină importanța relațiilor interpersonale între CDU și studenți. Vom menționa că reușita relațiilor interpersonale depinde de personalitatea profesorului, de imaginea lui individuală. Conform părerii CDU și studenților trebuie să ajungem la nivelul respectului reciproc, încrederii, interrelațiilor profesionale și de parteneriat. Nu trebuie să existe relații formale în cadrul interdependenței didactice.

Imaginea profesională a CDU – este imaginea rolului profesional, care se construiește însăși de profesor și se completează cu imaginea individuală în procesul interdependenței cu studenții, colegii, administrația și societatea. Imaginea profesională este controlată personal de profesor, precum și de opinia publică în corespondere cu cerințele profesiei. *Imaginea individuală* include caracteristicile individuale ale personalității, datele fizice, mecanismele psihologice, autoaprecierea, exteriorul. Față de conținutul imaginii individuale a CDU se ținează cerințe social-comunicațive stabile, caracteristice conștiinței de grup, ca față de partenerul de comunicare

în interdependență educativă [1].

Trăsăturile necesare pentru formarea imaginii pozitive a personalității au fost menționate de profesorul B. H. Маркин. Acestea sunt: cultura spirituală, consistența emoțională, intelectul, educația estetică, comunicativitatea, pricperea de a-și controla emoțiile, bunele maniere și grăția personalității.

Preocupările în elaborarea unui model al cadrului didactic, ce tinde să fie un model cultural, reprezintă un punct de plecare în vederea regăsirii modelului autentic al cadrului didactic. Într-o cercetare dedicată imaginii profesorului în viziunea studenților au fost descrise o serie de calități importante pe care trebuie să le poată un profesor: empatie, comunicativitate, competență, tact pedagogic, inteligență, creativitate, obiectivitate, moralitate [2, p. 197-201].

Practica arată că specialistul de valoare reală care funcționează în IIS trebuie să aibă atât un nivel înalt de pregătire profesională, cât și *trăsături profesionale-valoțe ale personalității*. Trăsăturile personalității sunt necesare pentru interacțiunea și comunicarea la serviciu, atât cu studenții, cât și cu colegii, care îndeplinesc diferite obligații funcționale [11].

E. F. Iwanicki consideră că în evaluarea unui profesor trebuie să ținem seama de:

• „*abilitățile pedagogice*”, adică „orice aptitudine, cunoștințe sau poziție” a valorii profesionale care poate fi relevată, dacă este „însușită într-o practică pedagogică reușită”.

• „*competența profesională*”, adică „totalitatea cunoștințelor și aptitudinilor profesionale”.

• „*performanța profesorului*” adică „ceea ce face un profesor în profesiunea lui mai mult decât ceea ce poate „face”.

- „eficiența profesorului”, adică „efectul pe care îl are performanța profesorului asupra studenților” [2; 9].

Desigur, opiniei prezentate i se adaugă și altele care vor genera la rândul lor alte competențe și alte abilități. Alcătuirea unui *inventar al trăsăturilor unui profesor cu reușită* este foarte utilă, dar extrem de dificilă. Aceste trăsături influențează randamentul activității CDU având valoare și în completarea acțiunii altor factori de care depinde, în cele din urmă, nivelul de realizare a activității.

Pentru a determina conținutul imaginii CDU după realizarea trainingului am utilizat chestionarul „Trăsăturile de personalitate (după R. Meili)” [2, p. 127].

Am comparat datele obținute prin testare la subiecții din grupul experimental și cel de control. Deși media autoaprecierilor CDU și a nivelului aspirațiilor din *grupul experimental* corespunde nivelului înalt ($M = 63,7$; $M = 81,1$), iar diferența dintre acestea este de **17,4**, denotând *motivație spre dezvoltare*, datele sunt destul de dispersate și indică, în cazul indivizilor aparte, anumite probleme de autoapreciere a trăsăturilor personale.

Aceeași situație o constatăm și în cazul *eșantionului de control*; autoaprecierea – 74,7; nivelul aspirațiilor de dezvoltare – 87,2; diferențele – **12,5**. În grupul experimental aprecierile și aspirațiile de dezvoltare sunt relativ mai joase decât în cel de control, înregistrându-se și diferențe prea mici sau prea mari între aceste două nivele, care denotă o anumită stare conflictuală internă. În urma experimentului formativ situația s-a schimbat.

Observăm că și autoaprecierile și corelația lor cu aspirațiile s-au optimizat. Deși nivelul mediu al trăsăturilor de personalitate ($M = 69,6$) și al motivației spre dezvoltare ($M = 82,3$) nu au sporit considerabil, diferențele sugerează o motivație adecvată de dezvoltare.

Pentru a desemna corelația dintre nivelul trăsăturilor de personalitate și cel al motivației de dezvoltare și a urmări raportul dintre acestea, am utilizat metoda de studiere a *corelațiilor Bravais-Pearson*. În tabelul 1 și 2 oferim coeficienții de corelație pentru datele rezultate din testarea și retestarea grupului experimental și a celui de control.

Tabelul 1.
Coefficienții de corelație Bravais-Pearson – grupul experimental [2, p. 128]

	TEST		RETEST	
	Trăsături de personalitate	Motivația de dezvoltare	Trăsături de personalitate	Motivația de dezvoltare
Trăsături de personalitate	1,000	0,805	0,937	0,879
Motivația de dezvoltare	0,805	1,000	0,845	0,913
Trăsături de personalitate	0,937	0,845	1,000	0,937
Motivația de dezvoltare	0,879	0,913	0,937	1,000

Urmărim cum corelațiile devin și mai mari în cazul datelor rezultate din retestarea subiecților din grupul experimental. În cazul corelării datelor rezultate din

cercetările efectuate în grupul de control raporturile s-au dovedit a fi mult mai slabe, iar diferențele ce pot crea probleme psihologice s-au păstrat.

Coeficienții de corelație Bravais-Pearson – grupul de control [2, p.128]

	TEST		RETEST	
	Trăsături de personalitate	Motivația de dezvoltare	Trăsături de personalitate	Motivația de dezvoltare
Trăsături de personalitate	1,000	0,281	0,967	0,271
Motivația de dezvoltare	0,281	1,000	0,252	0,931
Trăsături de personalitate	0,967	0,252	1,000	0,294
Motivația de dezvoltare	0,271	0,931	0,294	1,000

Astfel, conchidem că prin intermediul experimentului formativ au fost înlăturate discrepanțele dintre trăsăturile de personalitate și motivația spre dezvoltare, adică s-au lichidat conflictele interne și s-a stabilit o motivație adecvată de creștere.

Grație programului psihopedagogic, elaborat și implementat în cadrul trainingului s-au înregistrat schimbări considerabile în calitatea și structura imaginii CDU [1; 2].

Măsurările statistice au indicat diferențe semnificative la pragul $p = 0,01$ între trăsăturile sociale, psihice și cele fizice. Menționăm că prin intermediul experimentului formativ s-a realizat sarcina armonizării particularităților imaginii CDU, completării ei cu aspecte noi, orientării spre dezvoltare multilaterală: calități necesare unei imagini pozitive. Am observat și sporirea atenției CDU integrată în *training* față de latura interioară a personalității: moment care, de fapt, contribuie la instituirea unui echilibru intern și prin aceasta la armonizarea relațiilor cu

ambianța socială. *Trainingul* a influențat procesul de descoperire a sinelui, formarea autoconștiinței morale, autoconștiințizarea survenind mai eficient decât în funcție de alte influențe firești din mediu și subiective [2, p. 128-129].

În grupul de control aceste diferențe sunt mult mai mici $p = 0,05$, nu s-au depistat diferențe în atribuirea de calități fizice. Așadar, putem afirma că imaginea CDU supuse experimentului formativ a devenit mai multilaterală, mai bogată.

Pentru a afla atitudinea subiecților față de activitățile formative am utilizat *Chestionarul de evaluare finală*. În continuare vom prezenta datele obținute. La întrebarea în ce măsură respondenții consideră util cursul propus pentru sine. Răspunsurile au demonstrat următoarea dispersie procentuală: foarte util – 21,4%; util – 64,3%; puțin util – 14,3%. Cel mai mult subiecții au preferat următoarele aspecte ale trainingului: dezvoltarea aspectelor de management universitar (7 CDU); eficientizarea modalităților de comuni-

care și predare în universitate (5 CDU); colaborarea și cooperarea pedagogică (4 CDU); motivația (3 CDU); dezvoltarea trăsăturilor profesional-pedagogice (3 CDU); dezvoltarea imaginii pozitive a CDU (2 CDU); evaluarea imaginii de sine a personalității profesorului (2 CDU).

La întrebarea care dintre temele puse în discuție le-ar exclude, răspunsurile au prezentat următoarea dispersie procentuală: nu sunt teme pe care le-aș exclude (85,7%); curriculumul universitar, deoarece deocamdată puțin putem influența structura lui (14,3%). Subiecții au preferat activități în grup (8 CDU); brainstormingul (7 CDU); tehnica Mozaic (5 CDU); crearea situației de probleme (4 CDU); tehniciile de dezvoltare (formare) a imaginii relevante a CDU (4); discuția ghidată (3 CDU); discuția în grup (2 CDU); gândește-perechi-prezintă (2 CDU); controversa constructivă (2 CDU); controversa academică (2 CDU) și.a. CDU au susținut că s-au încadrat în training *foarte activ* (42,9%); *activ* (42,9%); *mai puțin activ* (7,1%); *pasiv* (7,1%).

Generalizând rezultatele studiului realizat de noi, recomandăm CDU să-și formeze sau perfeționeze următoarele trăsături de personalitate, care sunt deosebit de valoroase pentru conturarea propriei imagini: *onestitatea, altruismul, deschiderea pentru colaborare, modestia, cultura, tactul și delicatețea, erudiția, inteligența, autocontrolul, echilibrarea emoțională, consecvența, stabilitatea, exigența față de sine și față de alții, corectitudinea, responsabilitatea, perseverența, încrederea în sine, creativitatea și organizarea personală eficientă* [2, p. 129].

Toate aceste trăsături vor ajuta CDU să devină mai eficienți, să-și dezvolte reușita profesională și să-și formeze o imagi-

ne relevantă a personalității.

Concluzii. În funcție de perceperea socială a cadrului didactic se poate constitui imaginea ideală și cea reală. *Imaginea ideală* reprezintă opinia auditoriului referitor la modelul ideal al profesorului, cu toate trăsăturile caracteristice acestuia. *Imaginea reală* corespunde cu trăsăturile pozitive și negative ale CDU.

Orienteți de ideile expuse, am realizat în cadrul cercetării un studiu complex al imaginii personalității CDU din medicină. În urma aplicării testelor și prelucrării datelor obținute am stabilit că: **experiența de muncă favorizează imaginea pozitivă a personalității cadrului didactic din IISM**. Am stabilit o corelație puternică între vechimea în muncă (de la 10 ani și mai mult) cu următoarele trăsături ale personalității CDU: *rezistență* ($r = 1,00$); *organizare* ($r = 1,00$); *amabilitate* ($r = 0,96$); *demnitate și inițiativă personală* ($r = 0,99$); imaginea personalității profesorului ideal este constituită din următoarele componente: *intelect și inteligență; performanță profesională; autoactualizare; responsabilitate și conștiinciozitate în muncă; moralitate și cultură socială; toleranță, etc.*

Cele expuse mai sus au argumentat necesitatea elaborării unui *program complex de optimizare a atitudinii față de imaginea CDU*. Programul prezintă în sine un training intensiv pentru profesorii IISM, orientat spre dezvoltarea trăsăturilor de personalitate și practicelor practice de comunicare și colaborare cu studenții.

Trainingul formativ prezintă un set de ședințe intensive pentru CDU, orientate spre dezvoltarea trăsăturilor personale și practicelor practice de comunicare și colaborare cu studenții, de asemenea conștientizarea rolului imaginii pentru CDU

de calitate, care pot fi dezvoltate în cadrul portofoliilor alese (influență reciprocă, conducerea discuțiilor, prezentări, dezbatere, etc.).

În experimentul formativ au fost antrenați 28 subiecți (CDU) de la USMF „Nicolae Testemițanu”, ce au participat la experimentul de constatare, formându-se 1 grup (14 subiecți) experimental și 1 grup (14 subiecți) de control.

În total au fost realizate 8 ședințe. Durata unei ședințe – 4 ore academice. Ședințele au fost realizate o dată pe săptămână în decurs de două luni. Timpul de derulare a ședințelor – între orele 14.00 și 17.00, în funcție de orarul Cursurilor de perfecționare al profesorilor USMF *Nicolae Testemițanu*. Grupul experimental a fost neomogen, fiind alcătuit din femei și bărbați.

Experimentul formativ s-a bazat pe *ipoteza că dezvoltarea și optimizarea imaginii personalității CDU și facilitarea dinamicii acestui proces poate fi realizată prin intervenții psihologice* în condiții special organizate.

Scopul activităților formative a fost orientat spre aprofundarea cunoștințelor CDU în vederea dezvoltării unei atitudini pozitive a profesorului privind imaginea CDU și utilizarea tehnologiilor moderne și clasice în optimizarea imaginii personalității CDU.

Obiectivele experimentului formativ:

- conștientizarea necesităților personale și rolului imaginii personalității pentru CDU modern;
- formarea imaginii pozitive a personalității CDU în medicină;
- dezvoltarea abilităților practice de soluționare constructivă a situațiilor profesionale;
- formarea priceperilor și abilită-

ților de comunicare adecvată, ridicarea nivelului de competență în comunicare. Ca proces psihosocial de influență, comunicarea presupune înțelegerea, acceptarea și transpunerea în situația celuilalt la nivel atitudinal și comportamental.

CDU trebuie să posede o cultură psihologică înaltă – ceea ce este o parte indispensabilă a culturii general-umane. Eficacitatea formării imaginii pozitive în mare măsură depinde de: priceperea de a construi relațiile interpersonale; poseda-rea mijloacelor verbale și nonverbale ale comunicării, formelor și tehnicilor de as-cultare; cunoașterea specificului comuni-cării profesionale; strategiile de stabilire a contactelor cu studenții; procedeele de gestionare a conflictelor; luarea deciziilor optime; activizarea muncii pedagogice; determinarea valorilor și motivațiilor; proiectarea și determinarea obiectivelor personale; dezvoltarea autodisciplinei (autocontrolului); crearea *imaginii perso-nale irepetabile*.

La nivel tehnologic abilitățile date au fost asimilate și dezvoltate cu ajutorul stra-tegiilor și metodiciilor moderne de instruire în cadrul modulelor (ședințelor de training) programului elaborat și realizat de noi.

În urma efortului formativ am obținut următoarele rezultate și avantaje:

- s-a schimbat configurația și ca-litatea imaginii de personalitate a CDU din IISM, devenind mai completă și mul-tilaterală, optimizându-se nivelul autoaprecierii și al aspirațiilor de dezvoltare, adecvate trăsăturilor de personalitate și posibilităților reale;
- a crescut randamentul profesio-nal al profesorilor ce au participat în ex-periment;
- s-au modificate relațiile profesori-ler cu studenții.

Astfel, experimentul formativ a confirmat valoarea imaginii personalității CDU pentru stările interne și calitatea raporturilor sociale. Considerăm că programul de dezvoltare și de optimizare a imaginii CDU, elaborat și realizat de noi, și-a demonstrat eficiența [2, p. 133-134].

Pe viitor ne-am propus să studiem și să proiectăm **Profeziograma Cadrului Didactic Universitar în medicină**, ce va corespunde exigențelor Spațiului Universitar European și noilor repere științifice și psihopedagogice.

Bibliografie:

- 1. Fornea, Iu.,** (2007). *Imaginea personalității profesorului instituției de învățământ superior medical*. În: Psihologie, Pedagogie specială, Asistență socială. Nr. 2 (7), Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie specială, UPS „Ion Creangă”, Chișinău, p. 56-64.
- 2. Fornea, Iu.,** (2010). *Imaginea personalității profesorului instituției de învățământ superior medical*. Teza de doctor în psihologie. Chișinău, 216 p.
- 3. Popper, Karl R.,** Objektive Erkenntnis, (1979). In: Ders.: *Ausgangspunkte*. Hamburg: 278 s.
- 4. Варданян, М. Р.,** (2007). *Имидж педагога как фактор здоровьесбережения субъектов образовательного процесса в основной школе*. Автореферат диссертации кандид. пед. наук. Омск, 23 с.
- 5. Калюжный, А. А.,** (2004). *Педагогическая имиджевология*: Учебное пособие для студентов вузов. Алматы: Гылым, 200 с.
- 6. Карпов, Е. Б.,** (2003). *Имидж в образовании*. В: PR в образовании. № 6, стр. 40-50.
- 7. Обозов, Н. Н.,** (1990). *Психология межличностных отношений*. Киев: Лыбидь, стр. 32-67; 127-136.
- 8. Основы педагогики и психологии высшей школы**. Под ред. А. В. Петровского, Москва: Изд.-во Московского Университета, 1986, стр. 255-272.
- 9. Сластенин, В. А., Каширин, В. П.,** (2003). *Психология и педагогика*: Учебное пособие. Москва: Академия.
- 10. Чертыкова, И. П.,** (2002). *Представления студентов об имидже преподавателя вуза*. Автореф. на соиск. учен. степени канд. психол. наук. Москва, 28 с.
- 11. Шмелев, А. Г.,** (2002). *Психодиагностика личностных черт*. СПб.: Речь, 480 с.
- 12. Янг, П.,** (2007). *НЛП. Эффективные методики влияния*. Психотехнологии успеха. Принципы и практика. Peter Young, Пер. с англ. С. Степанова. Москва: Эксмо, 384 с.

AUTORII NOŞTRI

BÎCEVA Elena, lector univ., UPS „I. Creangă”, Chișinău.

BUNESCU-CHILIMCIUC Rodica, lector univ., drd., Facultatea Psihologie și Asistență Socială, ULIM, Chișinău

CALANCEA Veronica, lector univ., ULIM, psiholog practician, SCR.

CAUNENCO Irina, dr., conf. univ., cercetător științific superior, Centrul de Etnologie al Institutului Patrimoniului Cultural al A.Ş.M.

CAUNOVA Natalia, dr., cercetător științific superior, cercetător științific superior, Centrul de Etnologie al Institutului Patrimoniului Cultural al A.Ş.M.

CUCER Angela, drd, cercetător științific, Institutul de Științe ale Educației, Chișinău.

GAVRIL JITARU Oana, drd., Universitatea „Petre Andrei” Iași, România.

FORNEA Iuliana, dr., conf. univ., Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Chișinău.

IAKIM Lilia, drd., ULIM, psiholog clinician, Spitalul Clinic de Psihiatrie, Chișinău.

IVANOV Nina, dr., cercetător științific superior, Centrul de Etnologie al Institutului Patrimoniului Cultural al A.Ş.M.

KOBYLYANSKAYA Larisa, dr., conf. univ., UPS „I. Creangă”, Chișinău.

MARIŞ Mariana, drd., Universitatea din București, România.